

FICHA MÉDICA (a rellenar por los/as Padres/madres o Tutores/as Legales)

Se requiere esta información para garantizar que su hijo/a reciba el mejor tratamiento posible en caso de un accidente, enfermedad u otra emergencia. El padre, madre o tutor legal debe llenar y firmar este formulario

CAMPAMENTO: _____ **Nº INSCRIP:** _____
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A _____

Nombre del titular de la tarjeta sanitaria: _____

ALERGIAS

Medicamentos Ambientales Comidas

¿Cuáles?

VACUNAS

¿Tiene todas las vacunas respecto a su edad?

Si No

¿Cuáles no?

COMIDAS

¿Sigue algún régimen especial de comidas?

Si No

DISCAPACIDADES

¿Tiene algún tipo de discapacidad?

Si No

Tipo

¿Necesita algún tipo de apoyo extra?

Si No

Tipo

OTRAS INDICACIONES DE INTERÉS

¿Problemas con el sueño?, ¿Sonambulismo?,
¿Suele caerse de la cama?

¿Problemas de comportamiento?, ¿Dificultad
para relacionarse con los demás?

Otros:

ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS

¿Padece alguna enfermedad actualmente?

Si No

¿Cuál

¿Deberá seguir algún tratamiento especial durante el campamento? (en caso de estar en tratamiento, aportar informe médico con la posología)

ENEURESIS / ENCOPRESIS

¿Suele mojar la cama? Si No

Siempre

A menudo

A veces

Eneúresis Encopresis

HABILIDADES

¿Sabe nadar? Si No

Muy bien Regular Poco

He leído la información y he proporcionado la información requerida. Autorizo a que en caso necesario, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, informándome lo antes posible.

Firma padre, madre,
o tutor/a:

DNI padre, madre, o tutor/a: _____