

FICHA MÉDICA

-SI TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA MÉDICO,
INDÍQUELO.

.....
.....
.....
.....

FIRMA DE LOS PADRES:.....

NOTA IMPORTANTE: Por parte del botiquín de la actividad, sólo se suministrarán los medicamentos de emergencia, a los que estemos autorizados y los que se deban comprar allí por cualquier imprevisto.

Si su hijo sigue un tratamiento a base de fármacos, estos los deberá llevar el chico/a desde su casa.

DATOS PERSONALES

NOMBRE:

APELLIDOS:.....

DOMICILIO:.....

POBLACIÓN: TLF:.....

C.P:.....

Si los padres se encuentran en otro domicilio durante el La actividad, indíquenlo en el siguiente apartado.

DOMICILIO:.....

POBLACIÓN: TLF:.....

C.P:.....

- DATOS MÉDICOS

-¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE?
(Si es así, indique cual).

.....

.....

.....

-VACUNAS QUE SE LE HAN SUMINISTRADO
(con la fecha)

.....

.....

.....

-¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN EN HUESOS
MÚSCULOS? (Si es así, indique cual, y fecha en
que se produjo).

0

.....

.....

-¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIAS?

.....

-¿TIENE ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO?

.....

-¿TIENE AFECCIONES A NIVEL RESPIRATORIO
O CARDÍACO? (P.ej. : asma, taquicardia, etc.)

.....

.....

.....

-¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA OPERACIÓN?

.....

.....

-¿ESTÁ SIGUIENDO TRATAMIENTO MÉDICO?
(Si es así, ¿qué medicamentos toma?).

.....

.....