

FICHA MÉDICA - CAMPAMENTO

DATOS PERSONALES

CENTRO JUVENIL PUERTOBOSCO

CHIQUI/PREAS

ADOS/ JOV

Foto	NOMBRE		Apellidos		
	Fecha de nacimiento	/	/	TELÉF. CASA	
	Nombre del padre			Nombre de la madre	
	Telf. Móvil del padre			Telf. Móvil de la madre	
Nº SEGURIDAD SOCIAL:					DNI (OPCIONAL):

CUESTIONES A TENER EN CUENTA

1) **Enfermedades importantes** que haya padecido y conviene tener en cuenta (asma, epilepsia...)

<i>Nombre</i>	<i>Fecha</i>
-	
-	
-	

2) **Vacunación** (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN)

3) **Alergias** que padece

TIPO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO (llevar desde casa)
<i>Medicamentos</i>		
<i>Alimentos</i>		
<i>Otros</i>		

4) **Tratamientos actuales (llevar desde casa)**

Causa	Fármaco	Dosis	Horario

5) **Habitualmente toma:**

1. En caso de fiebre:
2. En caso de dolor de cabeza:
3. En caso de dolor de garganta:
4. En caso de:
5. En caso de:

Firma de la madre o el padre:

Fdo: _____

****IMPORTANTE:** Cualquier medicamento que no esté incluido en esta ficha no se le suministrará.

Observaciones (indicar A LA VUELTA)