

Ficha Médica para el Campamento de Post Confirmación 2019

IMPORTANTE: Completar todos los datos con letra IMPRENTA y **circular** la respuesta que corresponda.

DATOS DEL JOVEN

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de Documento..... Fecha de Nacimiento

Dirección.....Teléfono.....

Obra Social.....Nº de Carnet.....

Sangre: circular las dos opciones correctas Tipo: 0 / A / B / AB Factor: Positivo / Negativo

Día en que realiza Pepe Coordinadores

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

Apellido y Nombre del Padre/Tutor.....TEL.....

Apellido y Nombre de la Madre/Tutora.....TEL.....

Otro Teléfono familiar.....TEL.....

HISTORIAL CLÍNICO

¿Es Alérgico? SI / NO. ¿A qué?.....

Ha sufrido en los últimos 30 días:

- Internaciones: SÍ / NO
- Enfermedades infecto-contagiosas: SÍ / NO
- Fracturas/ Esguinces/ Desgarros: SI / NO
- ¿Cuáles?.....

¿Toma algún medicamento?Aplicación/Dosis.....

¿Contraindicaciones o alergia a medicamentos? SÍ / NO. ¿Cuál?.....

¿Precisa una dieta especial? SÍ / NO. ¿Cuál?.....

CONSENTIMIENTO

Dejo constancia que los datos son verídicos y, en el remoto caso que llegue a ser necesario, autorizo que mi hijo/a reciba la atención médica de urgencia, así como el traslado en ambulancia, realización de exámenes y tratamientos médicos, servicios de internación y cualquier otro servicio de emergencia que el profesional de la salud y el responsable del grupo consideren necesario.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

ACLARACIÓN:

FECHA: