

FICHA MÉDICA CAMPAMENTOS MVD

Rodear la opción requerida.

1. ¿Lleva las vacunaciones al día (incluida la del tétanos)? SÍ NO
2. ¿Padece algún tipo de alergia? Indique cuales y si está en tratamiento detállelo al dorso y adjunte informe médico.
 - Medicamentos. SÍ NO

 - Alimentos. SÍ NO

 - Otros.

3. Enfermedades que ha pasado:
 - Varicela. SÍ NO
 - Sarampión. SÍ NO
 - Tuberculosis. SÍ NO
 - Paperas. SÍ NO
 - Tosferina. SÍ NO
 - Hepatitis. SÍ NO
 - Rubeola. SÍ NO
 - Meningitis. SÍ NO
 - Otros:

4. ¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa? SÍ NO ¿Cuál?

5. ¿Debe seguir algún tratamiento específico? SÍ NO *Detallelo al dorso y si los monitores deben administrar algún medicamento adjunte informe médico.*
6. ¿Ha tenido alguna lesión traumática (tipo esguinces, torceduras, roturas,...) u operación?
SÍ NO *Detallelo al dorso.*
7. ¿Sabe nadar? SÍ NO

8. Observaciones. Indique al final cualquier cosa que se nos haya podido pasar y crea de interés.

Indicaciones de tratamientos, otros datos, (información relevante del acampado: TDAH, TEA, sonambulismo...)

Autorizo al equipo de monitores del campamento del Verbo Divino a suministrar algún medicamento con prescripción médica en caso de ser necesario.

☐ SI ☐ NO

Yo D./Dña. _____ padre/madre o tutor de _____
afirmo que no he ocultado ningún tipo de información sobre su historial médico.

En _____, a ____ de _____ de 202 Fdo: