

FICHA MÉDICA

CAMPAMENTO URBANO

ARROYO DE LA ENCOMIENDA 2014

Semanas: 1^a 2^a 3^a 4^a 5^a 6^a

NOMBRE DEL/LA PARTICIPANTE

¿Tiene alergia y/o intolerancia a algún medicamento?

.....
.....

¿Ha sufrido alguna lesión recientemente? En caso afirmativo, señalar la fecha de producción y la zona afectada:

.....
.....

¿Se le está suministrando alguna medicación actualmente? En caso afirmativo, ¿de que medicamento se trata? ¿Por qué motivo? ¿Con que frecuencia?

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

¿Tiene alguna minusvalía? En caso afirmativo ¿de qué se trata?

.....
.....

¿Recuerda si alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica fuerte? (marcar con un X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Polen, flores, plantas | <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos |
| <input type="checkbox"/> Pelos animales | <input type="checkbox"/> Otros |

Padece (marcar con una X)

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crisis epilépticas | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Ausencias | |

¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad?

OBSERVACIONES:

.....
.....

Fdo:

Don/Doña.....
En calidad dedel autorizado
En ade de 2014