



Ficha Médica Personal

A entregar firmado por los padres o tutor.

Urgencias. Esta ficha es utilizada para la asistencia médica, ya sea por accidente o enfermedad. Rogamos cumplimente los datos con el mayor detalle posible para asistir correctamente al participante. **Documentos.** Junto con esta ficha se deberá entregar la tarjeta sanitaria válida en territorio nacional, o documento asistencial equivalente. La hoja de vacunaciones es opcional. Estos documentos serán devueltos al finalizar el campus. **Confidencialidad.** Los datos indicados en esta ficha serán utilizados exclusivamente para asistir al participante y sólo durante la estancia del campus. Los datos médicos no serán registrados en ningún fichero. **Admisión.** Al firmar esta ficha, los familiares confirman que en esta fecha, el participante se encuentra en condiciones óptimas de salud para participar en cualquiera de las actividades programadas en el campus que se ha inscrito.

Referencias Personales:

Nombre y Apellidos del participante _____ Turno _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Profesión padres (solo sector sanitario) _____

Domicilio de los familiares durante el curso (si es diferente al habitual) _____

Móvil padre _____ Móvil madre _____ Teléfono casa _____

Tel. trabajo Padre _____ Tel. trabajo Madre _____ Otros _____

Documentación entregada:

Tarjeta sanitaria Tarjeta asistencia privada _____ Vacunaciones Pasaporte (participantes no españoles)

Información médica actual. (En el momento en que el participante empieza el campus)

¿Debe administrarse medicación durante el campus? (en caso afirmativo, indicar nombre y dosificación) Sí No

¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (indicar tipo y tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo) Sí No

¿Padece algún tipo de alergia? (indicar tipo y tratamiento a seguir) Sí No

¿Debe seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el curso? (celíacos...) Sí No

Intolerancia a medicamentos o componentes Sí No

Intolerancia a alimentos Sí No

Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy, Apiretal. Sí No

¿Padece algún tipo de dificultad en clase (de lenguaje, de vista, dislexia...)? Sí No

¿Requiere atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonámbulo...)? Sí No

¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a su carácter? Sí No

Otras observaciones. Cuidados o precauciones sobre su salud y seguridad, costumbres... Sí No

Restricciones. Actividades que NO puede realizar el participante por restricción expresa de los padres o por motivo de salud (actividades programadas, excursiones, atracciones, actividades de riesgo...). Dejando en blanco se entenderá que puede practicar todas las actividades programadas, incluso las opcionales. Restricción de actividades, deportes o excursiones:

¿Sabe nadar? Sí No _____

La organización del campus no se responsabiliza de los efectos que pueda causar la medicación que se administra a los participantes autorizada por los padres o tutores

Firma. Autorizo y acepto todas las condiciones indicadas en el verso de esta ficha. Firma del tutor legal, madre o padre:

Nombre tutor legal firmante _____

DNI _____ Fecha Firma ____ / ____ / ____

Firma