

# Ficha Medica

<b>DATOS PERSONALES</b>	Campamento en :			Edad:	FOTO ACTUAL (obligatorio)
	Fechas:	Inicio del campamento	Final del campamento		
	Nombre y Apellidos:				
	Dirección completa:				
	Teléfonos para urgencias	Tfno fijo	Móvil madre	Móvil padre	
<b>ALERGIAS Y DIETA</b>	No tiene ninguna alergia conocida. <input type="checkbox"/>				
	Es alérgico a: <input type="checkbox"/> Medicamentos : <input type="checkbox"/> Polen, plantas, animales: <input type="checkbox"/> Alimentos: <input type="checkbox"/> Sigue dieta especial (adjuntar informe médico)				
<b>DATOS MEDICOS Y GENERALES</b>	No padece ninguna enfermedad crónica. <input type="checkbox"/>				
	Padece lo siguiente (marque las opciones afirmativas): <b>Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico):</b> <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes <input type="checkbox"/> Problemas de corazón <input type="checkbox"/> Jaquecas/migrañas <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica (llevar crema adecuada) <input type="checkbox"/> Celíaco <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Intolerancias <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria nocturna (llevar protector de cama/braga pañal y mudas suficientes)				
<input type="checkbox"/> Es la primera vez que va de campamento <input type="checkbox"/> Asiste voluntariamente <input type="checkbox"/> Se suministra el/ella la medicación recetada					
¿Sabe nadar?      Bien <input type="checkbox"/> Regular (flota) <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					
<b>NOTAS</b>	Anote todo lo que considere que debemos saber:				
<b>AUTORIZACION</b>	D./Dña como padre, madre o tutor legal durante el campamento con DNI _____ - Autorizo a mi hijo/a a participar en el campamento de verano, organizado por <b>Ocio y Tiempo Libre Intercamp</b> , así mismo acepto las condiciones generales y las actuaciones médicas tomadas. Firma: _____				<b>ADJUNTAR</b> FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL PARTICIPANTE (SEG. SOCIAL, Isfas, Muface, etc)
	Fecha: _____				

Es imprescindible adjuntar/enviar original por correo