



FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social o SIP _____

Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Teléfono durante el período del campamento _____

DATOS MÉDICOS:

Grupo sanguíneo _____ RH _____

¿Es alérgico a la penicilina o a algún otro medicamento? SI NO

¿Cuál? _____

¿Qué usa en su lugar? _____

¿Es alérgico a algún alimento? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún arbusto, polen,...? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a la picadura de algún insecto? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a alguna otra cosa? _____

¿Sabe nadar? SI NO



FICHA MÉDICA

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Rubéola	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Varicela	SI	NO	Neumonía	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Meningitis	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO			
Escarlatina	SI	NO			

Intervenciones quirúrgicas padecidas

Corazón	SI	NO	Amígdalas	SI	NO
Columna	SI	NO	Otras _____		
Apéndice	SI	NO			

Año de la intervención _____

Enfermedades que padece

Epilepsia	SI	NO	Asma	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Sonambulismo	SI	NO
Dosis de insulina _____			Fobias	SI	NO
Incontinencia urinaria	SI	NO	¿A qué? _____		

Otras _____

¿Está recibiendo algún tratamiento especial? SI NO

Enfermedad _____

Medicamento _____

Dosis y horario _____