



FICHA MÉDICA



NOMBRE Y APELLIDOS: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ N° MATRÍCULA:

HISTORIAL MÉDICO (Operaciones, hospitalizaciones):

A RELLENAR POR EL CAMPAMENTO

INDICAR SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE:

SI TOMA ALGUNA MEDICINA ESPECIAL INDICAR CUÁL: _____ ¿QUÉ DOSIS ? _____

ALERGIAS (Marque las casillas con una X)

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS (Antibióticos,etc.)

NO SÍ INDICAR CUÁL: _____

OTRO TIPO DE ALERGIAS (Picaduras de insectos, polen, polvo,etc.)

NO SÍ INDICAR CUÁL: _____

DIETAS ESPECIALES Y ALERGIAS ALIMENTICIAS (Alimentos que no puede tomar):

OTROS

FRACTURAS O LESIONES QUE HA TENIDO:

INDICAR SI TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SUEÑO (Incontinencia,sonambulismo,etc.):

NO SÍ ¿CUÁLES? _____

¿SABE NADAR? NO POCO SE DEFIENDE SIN PROBLEMAS

¿SE MAREA? SÍ NO
¿TIENE ASMA? SÍ NO
¿SUFRE HEMORRAGIAS CON FRECUENCIA? SÍ NO
¿HA SIDO VACUNADO CON LA TRIPLE (Tétanos, difteria, tosferina)? SÍ NO

OBSERVACIONES: