

## FICHA SANITARIA

El objetivo de esta ficha es el de disponer de toda aquella información sanitaria que pueda resultar de interés durante la estancia del niño o de la niña en la actividad en la que participa. Para ello, deberá rellenarse con cuidado y entregar junto con la inscripción. La ficha se devolverá al final de la estancia si hubiere datos o comentarios que el médico o responsable del grupo considera de interés.

### **DATOS PERSONALES**

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** MASCULINO   
FEMENINO

**FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **DATOS SANITARIOS**

El niño/a, ¿ha tenido alguna de las siguientes **enfermedades**?

ANGINAS  TOSFERINA  VARICELA  ESCARLATINA   
RUBEOLA  PAPERAS  SARAMPIÓN  REUMATISMO   
ASMA  OTRAS: \_\_\_\_\_

El niño/a, ¿tiene algún tipo de **alergia**? SI  NO

En caso afirmativo, ¿a qué?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar **otros problemas de salud** (enfermedades, accidentes, convulsiones, hospitalizaciones, operaciones...) precisando, en lo posible, las fechas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Sigue el niño/a actualmente algún **tratamiento**? SI  NO

En caso afirmativo, ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA: Si el niño/a debe seguir un tratamiento durante la estancia, no olvide adjuntar la receta donde se indiquen los medicamentos.**

**RESPONSABLES DEL NIÑO/A**

Yo, \_\_\_\_\_, responsable del menor \_\_\_\_\_, autorizo para que participe en el campamento organizado por los Misioneros Combonianos que tendrá lugar del 17 al 22 de Julio de 2011 en Sierra Nevada (Granada). Asimismo declaro exactos los datos que figuran en esta ficha y autorizo al responsable de la estancia a tomar, dado el caso, todas las medidas (tratamientos médicos, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas) que sean necesarias por el estado del niño/a. También autorizo que se tomen fotos durante el campamento, en las que puede salir mi hijo/hija, con fines educativos y sin ánimo de lucro.

Lugar y fecha

Firma

TELÉFONOS DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(ESPACIO RESERVADO PARA EL RESPONSABLE Y/O EL MÉDICO DE LA ACTIVIDAD)

Información de interés sobre el niño/a y su estado de salud durante la actividad:

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMADO:

\_\_\_\_\_