



## FICHA DE DATOS MEDICO SANITARIOS.

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Nº S. SOCIAL: \_\_\_\_\_

PÓLIZA PRIVADA (en su caso): \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS:

A ALIMENTOS: \_\_\_\_\_

A MEDICAMENTOS : \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS (ANIMALES, POLEN...): \_\_\_\_\_

VACUNACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROBLEMAS VISUALES: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS AUDITIVOS: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS RESPIRATORIOS, PROBLEMAS MOTRICES: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROBLEMAS INTESTINALES, URINARIOS, OTROS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICACIÓN CONTINUADA: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICACIÓN OCASIONAL: NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y PAUTA DE LA MEDICACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTROS DATOS: SONAMBULISMO: \_\_\_\_\_ INCONTINENCIAS: \_\_\_\_\_ FOBIAS: \_\_\_\_\_

DIETA ESPECIAL: \_\_\_\_\_

OTRAS OBSERVACIONES:

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

### DECLARO

a) Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas (reuniones semanales, salidas, acampadas y campamentos), ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de dichas actividades. b) Que informaré al equipo de responsables de cualquier variación en los mismos.

FIRMA DE LOS PADRES/ TUTORES

Fdo. \_\_\_\_\_