



Campamento ISÍN 2019

FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD _____

Nº DE TARJETA SANITARIA: _____ GRUPO SANGUINEO: _____ RH : _____

ENFERMEDADES PADECIDAS: (marcar con una X las que correspondan)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Difteria |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Tosferina | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Cardíacas | <input type="checkbox"/> Fracturas óseas |
| <input type="checkbox"/> Otras (señala cuáles) : _____ | | | |

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? _____

Medicación que toma _____

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? _____

Medicación que toma _____

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? NO SÍ

¿Cuál? _____

¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN ALIMENTO, MEDICAMENTO O ANTIBIÓTICO? NO SÍ

¿Cuál? _____

OTRAS ALERGIAS _____

VACUNACIONES RECIBIDAS: (marcar con una X las que correspondan)

- | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tifus | <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Cólera |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Otras (señala cuáles): _____ | | | |

¿PADECE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?

IMSOMNIO NO SÍ

PESADILLAS NO SÍ

VÉRTIGO NO SÍ

OTRAS OBSERVACIONES_: _____



La persona firmante, madre, padre o tutor/a, declara no estar ocultando datos relevantes de salud.

Firma de la madre/padre o tutor/a
(Imprescindible firma también en la siguiente página)

No olvidar aquellos **medicamentos que esté tomando** en la actualidad.

En el presente documento se le solicitan datos de salud, únicamente a los efectos de cumplir con la finalidad de la recogida. De acuerdo con lo establecido en la legislación en materia de protección de datos de carácter personal, mediante la firma de este documento consiente usted tanto en la recogida de dichos datos como en el tratamiento de los mismos, únicamente para los fines mencionados con anterioridad. Sin perjuicio de todo ello, usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento, utilizando los formularios que la Agencia de Protección de Datos facilita a través de su sitio Web (www.agpd.es).

En estos casos es necesaria la fecha y la firma de la persona que aporte los datos.



Fecha y firma