

FICHA MEDICA  
AVENTURA MAGICA 2016



APELLIDO Y NOMBRE: .....

GRUPO SANGUÍNEO: .....

**PREGUNTAS GENERALES: MARCAR LO QUE CORRESPONDE**

**PADECE O HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ?**

- |                                  |   |   |  |
|----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> Meningitis       | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Varicela                    |
| <input type="checkbox"/> Angina  | <input type="checkbox"/> Infec. Urinarias | <input type="checkbox"/> Sarampión                  | <input type="checkbox"/> Bronquitis                  |
| <input type="checkbox"/> Otitis  | <input type="checkbox"/> Asma             | <input type="checkbox"/> Convulsiones               | <input type="checkbox"/> Hepatitis                   |
| <input type="checkbox"/> Fobias  | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Epistaxis (sangrado nasal) | <input type="checkbox"/> Cinetosis (mareos, náuseas) |

**TIENE ANTECEDENTES ALÉRGICOS ?**

- Medicamentos
- Alimentos
- Picadura de insectos

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**

(Fecha última vacunación)

Antitetánica: ...../...../.....

Antisarampionosa: ...../...../.....

**SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MEDICO MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

TIPO DE AFECCION: .....

MEDICAMENTO:..... DOSIS: .....

DURACION DEL TRATAMIENTO: .....

MEDICO TRATANTE: .....

DOMICILIO: ..... TEL: (.....) - .....

OBSERVACIONES: .....

.....

**LLEVAR LOS MEDICAMENTOS PARA SU TRATAMIENTO**

**EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A .....**  
**TELEFONOS:.....**

Firma del médico: ..... Aclaración: ..... Fecha.....  
Sello y matrícula:

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR EL VIAJE Y TODAS LAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE ESTE INCLUYE.  
ANTE CUALQUIER URGENCIA AUTORIZO QUE A MI HIJO/A SE LE EFECTUEN LAS PRACTICAS QUIRURGICAS  
CORRESPONDIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración de la firma

.....  
Fecha