



# Campamento ISÍN 2018

## 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](http://www.agpd.es)).

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



Fecha y firma