

DATOS DEL ACAMPADO

NOMBRE y Apellidos:

Fecha de nacimiento: / /.....

Lugar de origen:.....

CAMPAMENTO:

 TAGASTE I (5ºEP a 2ºESO – Palencia)
 TAGASTE II (3ºESO a 2ºBach – La Vid)

Fotografía reciente

CONTACTO DURANTE EL CAMPAMENTO

CONTACTO 1:

Nombre y Apellidos:

Relación con el acampado:

Correo electrónico:

Teléfono de Contacto durante el Campamento:

CONTACTO 2:

Nombre y Apellidos:

Relación con el acampado:

Correo electrónico:

Teléfono de Contacto durante el Campamento:

DOCUMENTOS IMPORTANTES A ADJUNTAR CON ESTA FICHA

- Fotocopia de Tarjeta Sanitaria pública (OBLIGATORIO) N° de tarjeta:.....
 Fotocopia de Tarjeta Sanitaria privada (opcional) N° de tarjeta:.....
 Fotocopia del Pasaporte Covid Fotocopia de INFORMES MÉDICOS Y TRATAMIENTOS

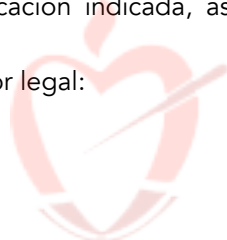
NOTA IMPORTANTE

- En caso de urgencia, la ficha médica es la única manera de tomar las precauciones oportunas. Rellene la ficha médica con información veraz y avísenos si hubiera algún error o dato que considere importante. La no respuesta de alguno de los apartados dará a entender que no existen problemas de salud.
- Al cumplimentar la ficha sanitaria, manifiesta que los datos expuestos son ciertos, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud del niño o de otro participante o para el buen desarrollo de la actividad.
- Si no deja por escrito que el propio niño se administra su propia medicación, entendemos que autoriza al encargado de enfermería para su administración.

D./Dña.....

como padre / madre / tutor legal del menor arriba referido, **DECLARO** que todos los datos en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad, y **AUTORIZO** a los encargados del campamento para la administración de la medicación indicada, así como el desplazamiento a centros sanitarios en caso de que fuera necesario.

Firmado: padre/madre/tutor legal:



Agustinos

....., a.....de del 2022

CUESTIONARIO SANITARIO

Marque la casilla si padece o es propenso a tener:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Problemas en la piel, dermatitis
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Faringitis	<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos
<input type="checkbox"/> Cefaleas	<input type="checkbox"/> Hemorragia Nasal	<input type="checkbox"/> Propensión a quemaduras solares
<input type="checkbox"/> Crisis convulsivas	<input type="checkbox"/> Infecciones bucodentales	<input type="checkbox"/> Reacción exagerada a picaduras
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído, otitis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/>

Calendario de vacunación según CC.AA. <input type="checkbox"/>	Grupo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0	Rh:
Pauta completa de vacunación Covid-19: <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		
Intervenciones quirúrgicas:		
¿Sabe nadar? ¿con soltura? ¿qué nivel de natación tiene?		
¿Esfuerzos físicos que no pueda realizar? (que impliquen la no realización de alguna actividad)		

MEDICACIÓN

NOTA: Si necesita medicación crónica, debe adjuntar instrucciones de tratamiento (pautas y dosis), así como autorización e informe médico. El número de dosis que traiga debe ser suficiente para los 10 días y contemplar posibles extravíos. Como consecuencia de la entrega, se autoriza implícitamente a administrar dicha medicación durante el campamento.

¿Está sometido a algún tratamiento médico que deba seguir durante su estancia? Sí No

Tratamiento diario durante el Campamento

Medicamento	Desayuno	Comida	Merienda	Cena

REACCIONES ALÉRGICAS

ALIMENTOS: Se ruega especificar claramente si es alergia o intolerancia.

ALERGIA	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
INTOLERANCIA	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
RÉGIMEN ESPECIAL	MOTIVO	
VEGETACIÓN, POLEN	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
MEDICAMENTO	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
PICADURA DE INSECTOS	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
ANIMALES	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER
OTROS ¿CUÁLES?	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TENER

