|  |
| --- |
| **FICHA MÉDICA** |
| **NOMBRE DEL PARTICIPANTE:**  |
| **APELLIDOS:**  |
| **DNI:** |
| **TELÉFONO DE CONTACTO:** |
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA DE SALUD:** |
| **NÚMERO DE PÓLIZA:** |
| **ENFERMEDADES** | **SI** | **NO** |
| DIABETES |  |  |
| ASMA – ENFERMEDADES PULMONARES |  |  |
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN |  |  |
| **GENERAL** | **SI** | **NO** |
| Ha sufrido alguna vez de convulsiones - especifique |  |  |
| Ha sufrido alguna vez de desmayos |  |  |
| Tiene alguna deficiencia en el aprendizaje - especifique |  |  |
| **LESIONES MÉDICAS RECIENTES** | **SI** | **NO** |
| ROTURAS |  |  |
| ESGUINCES |  |  |
| LUXACIONES |  |  |
| OTRAS |  |  |
| CUIDADOS NECESARIOS |
| **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS** | **SI** | **NO** |
| AMIGDALAS |  |  |
| VEGETACIONES |  |  |
| DRENAJES |  |  |
| APENDICITIS |  |  |
| OTRAS: |
| **EN CASO NECESARIO PUEDE TOMAR** | **SI** | **NO** |
| IBUPROFENO |  |  |
| PARACETAMOL |  |  |
| **PIEL** | **SI** | **NO** |
| DERMATITIS |  |  |
| PAPILOMA |  |  |
| HONGOS |  |  |
| REACCIÓN A INSECTOS |  |  |
| HERPES |  |  |
| **CUIDADOS NECESARIOS**  |
| **OTROS DATOS DE INTERES** | **SI** | **NO** |
| GAFAS |  |  |
| TAPONES |  |  |
| ORTODONCIA |  |  |
| **CUIDADOS NECESARIOS** |
| **ALERGIAS CONOCIDAS** | **SI** | **NO** |
| ALIMENTOS |  |  |
| MEDICAMENTOS |  |  |
| OTRAS |  |  |
| **DIETA ESPECIAL:** |  |  |
| **SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO (INDICAR CON MUCHO DETALLE CUÁL)** | **SI** | **NO** |
|   |  |  |
| **OTROS COMENTARIOS DE EPISODIOS MÉDICOS O DE** **OTRA ÍNDOLES QUE CREEN QUE ES NECESARIO COMENTAR** | **SI** | **NO** |
|  |  |  |
| **EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR POR ORDEN DE PRIORIDAD – En el caso de no poder contactar con ninguno de ellos autorizo a GIFT a tomar las decisiones que estime oportunas para la salud del participante.** |
| NOMBRE | RELACION CON EL PARTICIPANTE | TELEFONO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

AUTORIZO A QUE MI HIJ@ SEA INTERVENIDO QUIRÚRGIJAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN CONSEJO MÉDICO TRATANTE

**LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Declaro que todos los datos son veraces

***­­­­­­­***

**FIRMA DEL PADRE FIRMA DE LA MADRE**