|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**