

Encuentro Regional de la Red de Clubes de Ciencia 2016

FICHA PERSONAL Y MÉDICA

(deben completarla todos los participantes, adultos y menores)

Apellido y nombres:.....GRUPO SANGUÍNEO:

Fecha de nacimiento:.....

DNI:.....

Domicilio:

Calle Nro Piso y dpto
Localidad Provincia: C.P.:
Teléfonos: 1) 2)

Nombre del Padre: Vive?

Nombre de la Madre: Vive?

Dirección y teléfono de los padres **durante el encuentro:**

Padre:

Madre:

Teléfono laboral de los padres:

Horario en que se los puede contactar:

Otro contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono):

Obra Social: Plan: N° socio:

¿Puede participar en caminatas? SI - NO

Motivos y/o condicionantes:

¿Usa aparatos dentales? SI – NO ¿De qué tipo?

¿Los lleva?

Tiene temor a: Oscuridad SI - NO. Animales SI - NO. Tormentas SI - NO.

Insectos SI - NO

Le teme a:

¿Está siguiendo algún tratamiento? SI -NO ¿Cuál?

¿Debe tomar algún remedio? SI -NO Indique nombre y dosis:

¿Lo lleva? SI -NO

¿Requiere de alguna dieta especial? SI –NO ¿Cuál?

¿Ha sufrido algún problema cardíaco o circulatorio? SI –NO ¿Cuál?

¿Sabe nadar? SI - NO

Encuentro Regional de la Red de Clubes de Ciencia 2016

¿Tiene problemas de coagulación? SI - NO - NO SÉ
¿Padece alergia a la penicilina? SI - NO - NO SÉ
¿Padece alergia a la sulfamida? SI - NO - NO SÉ

Es alérgico/a a:

Enfermedades que padece o a las que es propenso/a (tachar lo que no corresponda):
Epilepsia. Afecciones de la nariz - ojos - oídos. Asma. Bronquitis. Resfríos. Desmayos.
Constipación. Sonambulismo. Trastornos digestivos - hepáticos.
Otras (¿cuáles?):

Enfermedades padecidas (tachar lo que no corresponda):
Difteria. Disentería. Escarlatina. Hepatitis. Paperas. Poliomiелitis. Rubeola. Sarampión.
Sinusitis. Tos convulsa. Varicela.
Otras (¿cuáles?):

Intervenciones quirúrgicas: Apendicitis. Hernia. Amigdalitis.

Otras:

¿Sufrió fracturas? SI - NO ¿Cuáles?

Fecha de aplicación de la vacuna Antitetánica:

Observaciones (Deje constancia de cualquier indicación que crea necesario deban conocer el personal médico y docentes a cargo):

Declaro que los datos que proporciono en la presente ficha son verídicos según mi conocimiento y autorizo, en caso de emergencia, a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Firma padre o madre:

Aclaración:

N° Documento:

Lugar y fecha:

Certifico que posee buen estado de salud general y se encuentra física y psíquicamente apto/a para participar de actividades en la naturaleza.

Firma y sello del médico responsable:

Fecha: