



## FICHA SANITARIA CAMPAÑA DE TIEMPO LIBRE

### DATOS DEL NIÑO/A SOLICITANTE

NOMBRE		EDAD	D.N.I. o N.I.E.
APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		C.P.	MUNICIPIO
PROVINCIA	TELÉFONOS		CORREO ELECTRÓNICO
ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO			CODIGO
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR			

### FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUINEO	R.H.	SEGURO AL QUE PERTENECE	Nº SEGURO
ENFERMEDADES PASADAS			
<input type="checkbox"/> SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> DIFTERIA
<input type="checkbox"/> TOS FERINA	<input type="checkbox"/> CARDÍACAS	<input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> PAEPRAS	<input type="checkbox"/> FRACTURAS ÓSEAS	
<input type="checkbox"/> HERNIAS	<input type="checkbox"/> OTRAS: _____		
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS ALERGIAS			
¿TIENE ALGÚN GRADO DE DIVERSIDAD FUNCIONAL?		¿CUAL? E INDICAR SI LA AFECTACIÓN ES FÍSICA, PSÍQUICA O SENSORIAL	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
VACUNACIONES			
<input type="checkbox"/> SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> VIRUELA	<input type="checkbox"/> CÓLERA	<input type="checkbox"/> TÉTANOS <input type="checkbox"/> DIFTERIA <input type="checkbox"/> TIFUS
<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> POLIO MIELITIS	<input type="checkbox"/> OTRAS: _____	
¿SABE NADAR?		INSOMNIO	PESADILLAS
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POCO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BIEN			VERTIGO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
OTROS			



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nom bre \_\_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_

Declaro que todos los datos expresados 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.

Doy mi consentimiento para desplazar a mi hijo/a al Centro de Salud en caso de que suceda algo así como de administrar los medicamentos necesarios en relación a lo indicado en la ficha sanitaria.

Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenezca.

Que, en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Riba-roja de Túria, a            de            de

Firma:

DNI: