

# FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA

CURSO 2022-2023

## DATOS DEL DESTINATARIO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

- ¿Padece alguna enfermedad importante? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- ¿Padece alguna enfermedad que pueda condicionar el desarrollo de la actividad?

Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- ¿Es alérgico/a a algún antibiótico, medicamento, alimento...? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- ¿Toma algún medicamento habitualmente? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- **Propenso a:**                      **SÍ** **NO**    **SÍ** **NO**    **SÍ** **NO**

ANGINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BRONQUITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSOMIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENURESIS NOCTURNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS:		
RESFRIADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ¿Alguna observación que deba de conocer el médico en caso de urgencia?

\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo D./ña \_\_\_\_\_ padre/madre/tutor del niño/a titular de esta ficha informativa, afirmo que los datos aquí señalados son ciertos y autorizo al responsable de las actividades ordinarias y extraordinarias organizadas por el CJS Porta Oberta a que, en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, se tomen las decisiones oportunas si ha sido imposible mi localización, así mismo autorizo a los servicios médicos a tomar decisiones pertinentes según la necesidad.

En Burriana, a \_\_\_\_ de septiembre de 2022

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR