



Ficha Médica

CURSO: _____

Agustinos

Fecha Nacimiento: _____

Nº Seguridad Social: _____

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

POBLACIÓN _____ D.P. _____ LOCALIDAD _____

TELÉFONO _____ TELÉFONO DE VACACIONES _____

E-MAIL _____

COMPAÑÍA SEGUROS _____ Nº de Póliza _____

OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA
NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELÉFONO CONTACTO _____

HISTORIAL DE VACUNAS (indicar fechas)

TIFUS _____ TÉTANO _____

OTRAS _____

ENFERMEDADES PADECIDAS (Hágase un círculo donde proceda)

ASMA: SI / NO HERNIAS SI / NO CARDÍACAS: SI / NO
MIGRAÑAS SI / NO DIABETES SI / NO PROBLEMAS GARGANTA SI / NO
INCOTINENCIA URINARIA NOCTURNA SI / NO

FRACTURAS _____

ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO: _____

ALERGIAS A ALGÚN ALIMENTO O ALGUNA COSA: _____

ES UN CHICO/A PROPENSO A: _____

MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO (Indicar cuál, la dosis, y la hora del día)

OTRAS OBSERVACIONES

campamento



Ficha Médica

CURSO:

Agustinos

(Es conveniente darle al monitor los medicamentos que vaya a tomar, sobre todo si deben estar en lugar fresco)