

FITXA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

FICHA DE INFORMACIÓN SANITARIA

Nom i cognoms _____

Nombre y apellidos

Telèfons per avisos urgents: (especificar per qui s'ha de preguntar)

Teléfonos para avisos urgentes: (especificar por quien se ha de preguntar)

Familiar _____

Familiar

Treball _____

Trabajo

Veïns _____

Vecinos

Altres _____

Otros

RÈGIM DE MENJARS: Segueix algun règim especial? _____

Régimen de comidas

¿Sigue algún régimen especial?

N'hi ha algun aliment que li senta malament? _____

¿Hay algún alimento que le sienta mal?

Quin? _____

¿Cuál?

ALÈRGIES: És al·lèrgic a alguna cosa? _____ A què? _____

ALERGIAS: ¿Es alérgico a alguna cosa?

¿A qué?

PROPENS A: Angines _____ Mareigs _____ Maldecap _____ Acetona _____ Insomni _____ Somnambulisme _____

PROPENSO A: Anginas

Mareos

Dolor de cabeza

Acetona

Insomnio

Sonambulismo

Enuresi nocturna _____

Enuresis nocturna

Encopresi _____

Encopresis

Convulsions febrils _____

Convulsiones febriles

Altres _____

Otros

VACUNES: Te totes les vacunes que li corresponen segons la seua edat? _____

Tiene todas las vacunas que le corresponden según su edad?

Està vacunat/da contra el tètanos? _____

Está vacunado/a contra el tétanos?

MALALTIES I TRACTAMENT MÈDIC:

ENFERMEDADES Y TRATAMIENTO MÉDICO:

Pateix actualment alguna malaltia física o mental? Indiqueu-ne amb claredat quina: _____

¿Padece actualmente alguna enfermedad física o mental? Indica con claridad cuál:

Quin tractament segueix? _____

¿Qué tratamiento sigue?

ASSEGURANÇA A QUE PERTANY _____

Seguro al que pertenece

OBSERVACIONS: _____

Observaciones:

Cullera, a ____ de _____ de 2017

Signatura del pare, mare o tutor/a

Firma del padre, madre o tutor/a

AUTORITZACIÓ (a omplir per pare, mare o tutor/a)

AUTORIZACIÓN (a rellenar por el padre, madre o tutor/a)

En/Na _____

D./Dña

amb DNI n° _____

con DNI n°

autoritze el meu fill/a _____

autorizo a mi hijo/a

per assistir al campament d'Altai del 31 de juliol al 4 d'agost de 2017 en les condicions establertes. Així mateix, autoritze a la direcció, en cas de màxima urgència, amb coneixement i prescripció mèdica, a prendre les decisions mèdico-quirúrgiques necessàries si no ha estat possible de localitzar-me.

para asistir al centro abierto en las condiciones establecidas. Igualmente autorizo a la dirección, en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones médico-quirúrgicas necesarias si ha sido imposible mi localización.

_____, a _____ de _____ de 2017

SIGNATURA/FIRMA