#### DECLARACIÓN DE SALUD

La presente declaración de salud se solicita exclusivamente para conocer el estado de salud del participante de Campamentos Explora VA!

El/la participante que firma declara estar en pleno conocimiento de ello e informa voluntariamente los datos solicitados.

La ficha médica debe ser llenada idealmente por un/a profesional de la salud, con todos los datos completos y verídicos, ya que esta información es vital para el cuidado médico durante el campamento. Debe ser firmada por un facultativo/a médico, o en su defecto por usted.

FICHA MÉDICA

Nombre completo:

Dirección:

Comuna: Región:

Teléfono celular: Otro:

Fecha de Nacimiento: Edad:

RUN:

Nombre Jardín Infantil/Colegio/Escuela/Liceo:

Teléfono de Establecimiento Educacional:

Nombre Director E. Educacional/Jardín infantil:

Teléfono Director (a):

Tipo de previsión médica:

### EN CASO DE EMERGENCIA, AVISAR A:

Nombre: Parentesco:

Teléfono de casa: Teléfono de Of.:

Celular: Otro:

Nombre: Parentesco:

Teléfono de casa: Teléfono de Of.:

Celular: Otro:

### DATOS MÉDICOS GENERALES:

Grupo Sanguíneo: Estatura: Peso:

Alergias, seleccione la situación (marque con una X):

\_\_\_\_\_ No tengo ninguna alergia conocida

\_\_\_\_\_ Soy alérgico(a) al siguiente tipo de comida:

\_\_\_\_\_ Soy alérgico (a) a los siguientes medicamentos:

\_\_\_\_\_ Soy alérgico (a) a las siguientes substancias (picaduras de insectos, plantas, polen, etc.)

### DIETA: SELECCIONE LA OPCIÓN QUE APLIQUE: (marque con una X)

\_\_\_\_\_ Tengo una dieta normal

\_\_\_\_\_ Tengo las siguientes restricciones alimenticias

Indicaciones especiales para la dieta:

### SELECCIONE LA OPCIÓN QUE APLIQUE: (marque con una X):

\_\_\_ No padezco ninguna enfermedad crónica

\_\_\_ Padezco lo siguiente: (marque solo lo necesario)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ Asma o problema respiratorio | \_\_\_ Problemas del corazón |
| \_\_\_\_ Diabetes | \_\_\_ Alteraciones sanguíneas |
| \_\_\_\_ Migraña | \_\_\_ Dolor de Cabeza |
| \_\_\_\_ Sonambulismo | \_\_\_ Problemas de alimentación |
| \_\_\_\_ Incontinencia urinaria nocturna | \_\_\_ Infecciones al oído frecuente |

En el caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades crónicas, indique el tratamiento que debemos seguir en caso de presentarse una crisis (si lo considera necesario, anexe una explicación detallada en una hoja aparte)

Por favor conteste las siguientes preguntas, y explicar en caso de responder afirmativamente:

1. Uso de lentes o lentes de contacto:

2. Algún problema ortopédico o de articulaciones:

3. Utilizo algún dispositivo para oír o tengo algún problema de audición:

4. Algún problema o enfermedad dermatológica:

5. He sido hospitalizado (a):

6. Me han practicado algún tipo de cirugía:

7. He presentado algún padecimiento, enfermedad o infecciones recientemente (3 meses):

8. Estoy en algún tratamiento médico (anexe una explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, las dosis que debe tomar, el horario que debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento):

### HISTORIAL DE ENFERMEDADES Y VACUNACIÓN

### (Marque con una X y escriba sustituyendo la línea punteada en caso de ser necesario)

He padecido alguna de las siguientes enfermedades:

SI NO Fecha:

 \_\_\_ \_\_\_ Rubéola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Roséola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo: A B C

Vacunas aplicadas:

SI NO Fecha

 \_\_\_ \_\_\_ Triple \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Tétanos \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Difteria \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_ Otras \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Algún impedimento físico que le impida participar alguna actividad de campamento? (marque con una X)

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_Explique en caso de ser afirmativo:

¿Puede participar en nuestras actividades deportivas?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_Explique en caso de ser negativo:

¿Se ha desmayado o sentido mareado durante o después de hacer ejercicio?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_Explique en caso de ser afirmativo:

### ¿Ha presentado dolores de pecho durante o después de hacer ejercicio?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_Explique en caso de ser afirmativo:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES HEREDITARIAS

Ha presentado antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades:

SI NO

 \_\_\_ \_\_\_ Diabetes

 \_\_\_ \_\_\_ Hipertensión

 \_\_\_ \_\_\_ Epilepsia

 \_\_\_ \_\_\_ Otras (indique cual)

La Ficha médica debe ser llenada y firmada idealmente por un profesional de la salud o en su defecto por usted.

Nombre:

RUT:
Firma:

Fecha: