**Anexo: Declaración de salud**

La presente declaración de salud es obligatoria y 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/a facultativo/a médico, o en su defecto por usted.

Nombre completo:

Dirección:

Comuna: Región:

Teléfono celular: Otro:

Fecha de Nacimiento: Edad:

RUN:

Nombre Colegio/Escuela/Liceo:

Teléfono de Establecimiento Educacional:

Nombre Director E. Educacional:

Teléfono:

Tipo de previsión médica:

**En caso de emergencia, avisar a:**

1. Nombre: Parentesco:

Teléfono de casa: Teléfono de Of.:

Celular: Otro:

2. Nombre: Parentesco:

Teléfono de casa: Teléfono de Of.:

Celular: Otro:

**Datos Médicos Generales:**

Grupo Sanguíneo: Estatura: Peso:

**Alergias, seleccione la situación:**

O No tengo ninguna alergia conocida

O Soy alérgico/a al siguiente tipo de comida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Soy alérgico/a a los siguientes medicamento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Soy alérgico/a a las siguientes substancias (picaduras de insectos, plantas, polen,

etc)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dieta: seleccione la opción que aplique:**

O Tengo una dieta normal

O Tengo las siguientes restricciones alimenticias:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicaciones especiales para la dieta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seleccione la opción que aplique:**

O No padezco ninguna enfermedad crónica

O Padezco lo siguiente: (marque solo lo necesario)

| SI | NO |  | SI | NO |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Asma o problema respiratorio |  |  | Problemas del corazón |
|  |  | Diabetes |  |  | Alteraciones sanguíneas |
|  |  | Migraña |  |  | Dolor de cabeza |
|  |  | Sonambulismo |  |  | Problemas de alimentación |
|  |  | Incontinencia urinaria nocturna |  |  | Infecciones al oído frecuentes |

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 detalla 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 tiene algún problema de audición:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Algún problema o enfermedad dermatológica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. He sido hospitalizado/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Me han practicado algún tipo de cirugía:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Ha presentado algún padecimiento o enfermedad 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**

He padecido alguna de las siguientes enfermedades:

| **SI** | **NO** | **ENFERMEDAD** | **AÑO** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | RUBÉOLA |  |
|  |  | VARICELA |  |
|  |  | PAPERAS |  |
|  |  | SARAMPIÓN |  |
|  |  | ROSÉOLA |  |
|  |  | HEPATITIS A |  |
|  |  | HEPATITIS B |  |
|  |  | HEPATITIS C |  |

Vacunas aplicadas:

| **SI** | **NO** | **VACUNA** | **AÑO** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | TRIPLE |  |
|  |  | SARAMPIÓN |  |
|  |  | TÉTANOS |  |
|  |  | DIFTERIA |  |
|  |  | COVID-19 |  |
|  |  | OTRAS |  |

¿Algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad de campamento?

SÍ O NO O Explique en caso de ser afirmativo:

¿Puede participar en nuestras actividades deportivas?

SÍ O NO O Explique en caso de ser negativo:

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

SÍ O NO O Explique en caso de ser afirmativo:

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

SÍ O NO O Explique en caso de ser afirmativo:

**Antecedentes de enfermedades Hereditarias**

Ha presentado antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades:

SI NO

O O Diabetes

O O Hipertensión

O O Epilepsia

O O Otras (indique cuál) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta ficha fue llenada por el profesional\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE, RUT Y FIRMA**

\*En caso de ser llenado por el propio beneficiario, debe ingresar de igual los datos de nombre,

firma y RUT.