**DECLARACIÓN DE SALUD**

* La presente declaración de salud se solicita exclusivamente para conocer el estado de salud del participan- te 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo:  |  |
| Dirección: |  |
| Comuna: |  |
| Teléfono celular:  |  |
| Otro:  |  |
| Fecha de Nacimiento:  |  |
| RUN:  |  |
| Región:  |  |
| Edad:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Colegio/Escuela/Liceo: |  |
| Teléfono de Establecimiento Educacional: |  |
| Nombre Director/a E. Educacional: |  |
| Teléfono:  |  |
| Tipo de previsión médica:  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre 1: |  |
| Teléfono de casa: |  |
| Teléfono de Of.: |  |
| Celular: |  |
| Parentesco: |  |
| Otro: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre 2: |  |
| Teléfono de casa:  |  |
| Teléfono de Of.:  |  |
| Celular:  |  |
| Parentesco:  |  |
| Otro:  |  |

**Datos Médicos Generales:**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo Sanguíneo:  |  |
| Estatura:  |  |
| Peso:  |  |

**Alergias, seleccione la situación:**

|  |  |
| --- | --- |
| 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tengo una dieta regular |  |
| Tengo las siguientes restricciones alimenticias:  |  |

|  |
| --- |
| Indicaciones especiales para la dieta:  |
|  |

**Seleccione la opción que aplique:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No padezco ninguna enfermedad crónica
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padezco lo siguiente: (marque solo lo necesario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Asma o problema respiratorio  |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Migraña |  |  |
| Incontinencia urinaria nocturna  |  |  |
| Sonambulismo |  |  |
| Problemas del corazón |  |  |
| Alteraciones sanguíneas  |  |  |
| Dolor de Cabeza |  |  |
| Problemas de alimentación |  |  |
| 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 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** | **FECHA** |
| Rubéola  |  |  |  |
| Varicela  |  |  |  |
| Paperas |  |  |  |
| Sarampión  |  |  |  |
| Roséola |  |  |  |
| Hepatitis Tipo A, B o C |  |  |  |

Vacunas aplicadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **FECHA** |
| Triple  |  |  |  |
| Sarampión  |  |  |  |
| Tétanos  |  |  |  |
| Difteria  |  |  |  |
| Otras  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ¿Algún impedimento físico que le impida participar alguna actividad de campamento? 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) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**