

## DATOS MÉDICOS & AUTORIZACIÓN

Estancia (Destino y turno): .....

Este documento sirve de historial médico en caso de emergencia durante la estancia. Gracias por rellenarlo con la máxima atención.

Nº Solicitud: ..... Nombre: ..... Apellidos: .....

Grupo sanguíneo: ..... Altura: ..... Peso: ..... Nº de calzado: .....

✓ **VACUNAS**

Vacunas	Sí	No	Fecha	Vacunas	Sí	No	Fecha
Difteria				Hepatitis B			
Tétano				Rubéola			
Polio/D.T.P./D.T.				Paperas			
Triple Vírica				Sarampión			
BCG				Tosferina			
				Otras (precisar)			

✓ **DATOS MÉDICOS**

¿Su hijo/a tendrá algún tratamiento médico durante la estancia?  Sí  No

**Si fuera el caso, adjuntar una copia de la receta y los medicamentos correspondientes. Ningún medicamento podrá ser administrado sin receta.**

¿Su hijo/a ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Rubéola	Varicela	Anginas	Escarlatina	Tosferina	Otitis	Sarampión	Paperas	Otras
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

✓ **ALERGIAS** : Asma  Sí  No Medicamentosas  Sí  No  
Alimenticias  Sí  No Otras .....

Causa de la alergia y conducta a seguir (señalar en caso de automedicación por parte de su hijo/a):

✓ **PROBLEMAS DE SALUD** (enfermedades, accidentes, crisis convulsivas, hospitalizaciones, operaciones, rehabilitaciones).  
Especificar fechas y precauciones necesarias:

✓ **RECOMENDACIONES DE LOS PADRES** (lentillas, gafas, prótesis auditivas, prótesis dentales, dieta, etc.).

✓ **AUTORIZACIÓN**

Yo (nombre y apellidos del responsable del joven): .....  
**declaro exacta y completa la información detallada en este documento y autorizo al responsable de la estancia a tomar, en caso de que sea necesario, todas las medidas (tratamientos médicos, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas...) justificadas por el estado de mi hijo/a.**

Hecho en ....., el día .....

**Firma:**