N° Solicitud: .....**Nombre:** ..... **Apellidos:** .....

DATOS MÉDICOS & AUTORIZACIÓN

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

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**

¿El niño 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.**

¿El niño ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Rubéola		**Varicela**		**Anginas**		**Reumatismo articular**		**Escarlatina**	
no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí
Tosferina		**Otitis**		**Sarampión**		**Paperas**		**Otras**	
no	sí	no	sí	no	sí	no	sí		

✓ **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 del niño):

.....

.....

✓ **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.).

.....

.....

En caso de pérdida o daño durante la estancia, consultar el seguro contratado para ello.

✓ **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 del niño.**

Hecho en ....., el día .....
Firma: