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.

N° 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**
☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No	☐Sí ☐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: