

PLAN VACACIONAL INTERINSTITUCIONAL 2008
FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA

MODALIDAD DE PARTICIPACIÓN

Campamento

Visita Guiada

DATOS DEL PARTICIPANTE:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre y Apellido del Representante: _____

Parentesco: _____

Dirección de habitación: _____

Teléfono de habitación: _____

Teléfono de oficina: _____

Teléfono celular: _____

A. HISTORIA MÉDICA

Marque con una equis (X) si padece o ha padecido, alguna de las siguientes afecciones:

	SI	NO
Parásitos de piel		
Infecciones frecuentes del oído		
Problemas del corazón		
Convulsiones		
Diabetes		
Dificultad para cicatrizar		
Hipertensión		
Tratamiento Psiquiátrico		
Mononucleosis		
Hemorragia Nasal		
Hemorragia (otro tipo)		
Sonambulismo		
Incontinencia urinaria nocturna		
Lechina		
Sarampión		
Rubéola		
Hepatitis		
Parotiditis		
Retardo Mental		
Parálisis Motora		
Asma (*)		
Usa lentes de contacto		
Otras (indique): _____		

(*) Frecuencia de la crisis de asma:

Semanal Mensual Anual

Fecha de la última crisis y tratamiento recibido: _____

Tratamiento actual, si lo tiene: _____

B. ALERGIAS

Marque con una equis (X) si padece o no de alergias a:

	SI	NO
Picadura de abejas		
Picadura de Insectos		
Tierra o Polvo		
Humedad		
Alguna bebida / comida		
Si es afirmativo especifique: _____		

Precise si ha presentado alergias con alguno de los siguientes medicamentos:

	SI	NO
Atamel, Temptra, Tachipirin (Acetaminofen)		
Novalcina, Bral (Dipirona)		
Baralcina, Buscapina, Sistolcin		
Penicilinas (Pronapén, Benzetacil)		
Iboprufen, Motriz, Brugesic, Fernicaps		
Povidine, Gerdex		
Amoxicilina, Amoxal, Alampen		
Bidroxil, Cedroxim		
Cefalexina, Keforal		
Anestésicos locales		

Otros (indique): _____

C. ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

Si su hijo llegó a sufrir o ha tenido contacto con alguna enfermedad contagiosa en las tres (3) semanas anteriores al inicio de la temporada seleccionada, le agradecemos notificar a la organización del Plan Vacacional, a fin de tomar las debidas medidas preventivas.

D. VACUNAS

Anexar copia de boleta de vacunación o indicar últimas vacunas aplicadas.

E. TRATAMIENTO MÉDICO

Indique si debe recibir algún tipo de medicamento mientras esté en el Plan Vacacional. En caso afirmativo envíe la (s) medicinas en cantidades suficientes con las instrucciones en forma legible.

Tratamiento para: _____

Medicamento: _____

Instrucciones: _____

F. MÉDICOS

Médico que atiende al paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono(s) donde ubicarle: _____

Los datos de la ficha médica son de interés para el personal médico del equipo coordinador del campamento, le sugerimos llenarla cuidadosamente: Velar por el bienestar de sus hijos es nuestra responsabilidad. Ayúdanos a lograrlo de la mejor forma.

DECLARACIÓN DEL PADRE Y/O REPRESENTANTE:

Yo, _____

C.I. _____ mayor de edad, representante. Declaro que este informe de salud es verdadero y que la persona aquí descrita tiene mi autorización para desarrollar todas las actividades que se programen, excepto las aquí especificadas (parte E). Asimismo, autorizo al médico seleccionado por la organización del Plan Vacacional para efectuar los exámenes que considere necesarios e indicar el tratamiento de su elección a mi representado en caso de emergencia, incluyendo la hospitalización menor a mayor. Esta autorización se hace efectiva sólo en caso de emergencia y cuando el criterio médico no da espera a una consideración personal o del médico familiar. De la misma manera entiendo que la institución tiene póliza de seguro que cubrirá los gastos de cualquier emergencia médica y doy seguridad que mi representado no ha padecido de enfermedades infecto-contagiosas y/o alérgicas o cualquier otro tipo de enfermedad que impida su participación en las actividades programadas.

Fecha: _____

Firma del representante

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

Yo, _____

C.I. _____ registrado _____ bajo el

Nº _____ del Ministerio del Poder Popular para la Salud, doy fe que todos los datos suministrados en este informe médico son fidedignos:

Nombre y Apellido: _____

Teléfono(s) celular: _____

Teléfono(s) consultorio: _____

Firma: _____

Sello húmedo: _____