

La Ficha Médica debe de ser llenada por los Papás del campista con todos los datos completos y verídicos. Esta información es vital para el cuidado médico de su hijo(a), en caso de estar incompleta o no ser precisa, no podremos garantizar una atención médica adecuada en caso de presentarse algún accidente o emergencia.

Nombre Completo del Campista  Niño  Niña

Papá  Tel. Emergencia

Mamá  Tel. Emergencia

En caso de no localizar a ninguno de los papás en caso de emergencia, avisar a:

Nombre  Tel. Emergencia

Nombre  Tel. Emergencia

Cuenta su hijo(a) con Seguro de Gastos Médicos Mayores Si  No  En caso afirmativo, anexar una copia de la tarjeta del seguro.

Recomendamos un Examen Médico previo al Campamento (3 - 6 meses antes), en caso que lo realice, favor de anexar una copia.

Tipo de sangre  Estatura  mts. Peso  kgs. Edad  años  meses

Tiene el campista algún padecimiento congénito o hereditario, o algún padecimiento crónico: Si  No

En caso afirmativo, indíquelo:

Necesita su hijo(a) cuidados médicos especiales (aplicación de algún medicamento, tratamiento específico, inyecciones, etc...): Si  No

Si es afirmativo, favor de indicar detalladamente los procedimientos que se deben seguir en una hoja aparte, y anexarla a esta Ficha.

Si su hijo(a) es alérgico, seleccione y especifique la opción que aplique:

Comida:

Medicamentos:

Otros (animales, plantas, polen, piquetes de insectos):

Indique cualquier otro tipo de alergia:

Qué medicamento utiliza regularmente en caso de presentar alguna alergia o reacción:

Si su hijo(a) requiere atención especial en su alimentación, seleccione y especifique la opción que aplique:

Restricciones alimentarias:

Intolerancia a algún alimento:

Indicaciones especiales:

En caso que su hijo(a) tenga alguno de los siguientes padecimientos, enfermedades o condiciones, indíquelo por favor:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas        | NIÑAS   |
| <input type="checkbox"/> Padecimiento Respiratorio       | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente      | <input type="checkbox"/> Período menstrual                |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo                    | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación      | <input type="checkbox"/> Cólico menstrual                 |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria nocturna | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Sabe que es el período menstrual |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón           | <input type="checkbox"/> Infecciones de ojos frecuentes | Medicamento utilizado para el cólico <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Migraña                        |   |

Si su hijo(a) tiene alguna de estas enfermedades, padecimientos o condiciones indique el tratamiento que debemos de seguir (si lo considera necesario, anexe una explicación detallada en una hoja aparte.)

Para el caso de ASMA:

Medicamento  Sabe aplicarlo Si  No

Cada cuanto tiempo

Para el caso de DIABETES:

Medicamento  Sabe aplicarlo Si  No

Cada cuanto tiempo

Para el caso de MIGRAÑA:

Medicamento  Sabe aplicarlo Si  No

Cada cuanto tiempo

Otro padecimiento, enfermedad o condición:

Medicamento  Sabe aplicarlo Si  No

Cada cuanto tiempo

ES MUY IMPORTANTE QUE NOS INDIQUE SI SU HIJO(A) PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES, PARA QUE NUESTRO PARAMEDICO SUPERVISE LA FRECUENCIA Y LA APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO, O BIEN PARA QUE APLIQUE EL MEDICAMENTO.

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Sabe nadar el campista Si  No  Nivel: Principiante  Intermedio  Avanzado

Usa el campista lentes, lentes de contacto, prótesis dentales o aparatos dentales Si  No

Indicaciones

Padece su hijo(a) de alguna condición o problema ortopédico, de articulaciones, óseo o es susceptible a fracturas Si  No

Indicaciones

Utiliza algún dispositivo auditivo o tiene algún problema o condición auditiva Si  No

Indicaciones

Tiene el campista alguna enfermedad o problema dermatológico relacionado a reacciones o alergias al sol, cremas, bloqueadores, agua, plantas, insectos, animales, etc. Si  No

Indicaciones

Ha sido hospitalizado o se le ha practicado alguna cirugía al campista, indique la fecha y la causa Si  No

Indicaciones

Es susceptible a infecciones frecuentes de ojos, oídos u otras mucosas Si  No

Indicaciones

Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciosa o viral recientemente (3 meses) Si  No

Especifique

Indique si su hijo(a) ha padecido de las siguientes enfermedades: Indique las vacunas aplicadas a su hijo(a):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela   | <input type="checkbox"/> BCG (tuberculosis)   |
| <input type="checkbox"/> Rubeola  | <input type="checkbox"/> Sabin (poliomelitis)   |
| <input type="checkbox"/> Paperas  | <input type="checkbox"/> Pentavalente (difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, infecciones por H influenzae b) |
| <input type="checkbox"/> Sarampión  | <input type="checkbox"/> DPT (difteria, tosferina, tétanos)   |
| <input type="checkbox"/> Roseola  | <input type="checkbox"/> Triple Viral, SRP, SR, TD  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis B  |

Recomendamos anexar una copia de la Cartilla Nacional de Vacunación

¿Tiene el campista algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad del Campamento? Si  No

Explique

¿Tiene el campista algún impedimento mental o de coordinación que le impida participar en alguna actividad del Campamento? Si  No

Explique

¿Puede participar su hijo(a) en todas nuestras actividades? En caso de no poder hacerlo, indíquelo. Si  No

Explique

¿Ha sufrido el campista algún golpe fuerte en la cabeza que le haya hecho perder en conocimiento alguna vez? Si  No

Explique

¿Su hijo(a) se ha desmayado, mareado, vomitado o perdido el conocimiento durante o después de hacer ejercicio? Si  No

Explique

¿Ha presentado el campista dolores de pecho o falta de aire durante o después de hacer ejercicio? Si  No

Explique

Contamos con un botiquín de primeros auxilios y algunos medicamentos de uso común para tratar padecimientos o enfermedades que se puedan presentar en el transcurso del Campamento, algunos de estos medicamentos son: ASPIRINA, TYLENOL, ADVIL, IMMODIUM, KAOPECTATE, CLOROTRIMETON, BUSCAPINA, PONSAN, DRAMAMINE, LECHE DE MAGNESIA, TAMARINE, VISINE, CALADRYL, AVAPENA, ALLEGRA, PEPTO BISMOL, LONOL, NEO-MELUBRINA, PENICILINAS, AMPICILINA, AMOXICILINA, BACTIRM, BONADOXINA, VOLTAREN, TEMPRA, MOTRIN, DESENFRIOLITO, TABCIN, TYLENOL SINUS. ANTIFLU-DES, entre otros. En caso que su hijo(a) no pueda tomar alguno de estos u otros medicamentos, indíquelo por favor:

  

Le recomendamos anexar una hoja con información que contenga el medicamento que utiliza en casa para enfermedades comunes como: resfriado, gripe, recargo estomacal, diarrea, estreñimiento, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, cólico, entre otras.

Contamos con un Seguro contra Accidentes para cada uno de los campistas, además de servicio médico las 24 horas. Sin embargo, no se podrá responsabilizar por ningún medio o motivo al Campamento, sus empleados o dueños, por cualquier accidente o enfermedad que puedan ocurrir o presentarse durante el transcurso del Campamento. En caso que su hijo(a) deba de ser hospitalizado por algún padecimiento o condición de emergencia o que tenga que recibir un tratamiento médico que asegure su salud y bienestar, se otorga y concede el permiso para que sea atendido por el doctor y hospital que haya sido elegido por el director del campamento. Los gastos que esto genere (padecimientos y enfermedades que no sean contemplados como accidentes o que no se hayan originado por un accidente) serán responsabilidad de los papás y deberán de ser cubiertos en su totalidad por ellos mismos.

X

Firma del Padre o Tutor

X

Firma de la Madre