



FICHA DE REGISTRO Y CONTROL MÉDICO

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección: _____
Calle No. Colonia

_____ C.P. Ciudad Estado

e-mail: _____ Cel. _____

Teléfonos de casa: _____ Oficina: _____

Nombre del doctor: _____

Teléfono: _____

Es o fue alérgico a medicamento: _____ Sustancias: _____ Piq. de insectos: _____ Alimentos: _____

Describe a cual: _____

¿Por su reacción alérgica ha requerido hospitalización?: Sí _____ No _____

En los últimos tres meses ha sido valorado por un medico o ha estado internado

Por enfermedad: _____ Por lesión física: _____ Ninguno: _____

Describe por qué: _____

¿Cuánto tiempo permaneció en recuperación o tratamiento?: _____



¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico?: Sí ____ No ____

¿Cuál?: _____

Medicamento: _____ Horario: _____

Padece alguna enfermedad relacionada con las siguientes:

Cardíacas: ____ Respiratoria: ____ Digestiva: ____ Neurológica: ____ Hepática: ____

Ósea: ____ Metabólica: ____ Ninguna: ____ Otra: ____ Especifique: _____

Conoce Ud. alguna información médica con relación a su hijo(a) que sea importante

Mi hijo tiene autorización para nadar: _____ Con chaleco: _____ Sin chaleco: _____

Hago constar que la información que he proporcionado es completamente verídica y que estoy consciente del valor que tiene la misma para la adecuada atención en caso de enfermedad repentina o lesión. Asimismo, otorgo mi autorización expresa para actuar ante alguna emergencia a los directores, maestros y personal del servicio médico, según lo establecido en sus manuales de procedimientos.

Del mismo modo quedo enterado que está prohibido llevar artículos electrónicos y en caso de llevarlos queda únicamente bajo responsabilidad de mi hijo(a)

Si tienes algún comentario o sugerencia escríbenos a cuentanos@exploracamp.com.

Para Explora Campamento es importante difundir temas de interés para padres y directores de escuelas.

¿Estás interesado en recibir nuestro boletín mensual? Sí ____ No ____

Firma del padre o tutor