**Anexo 3**

**DECLARACIÓN DE SALUD**

La presente declaración de salud se solicita exclusivamente para conocer el estado de salud del participante de Campamentos Explora VA!

El/la participante que firma declara estar en pleno conocimiento de ello e informa voluntariamente los datos solicitados.

La ficha médica debe ser llenada idealmente por un/a profesional de la salud, con todos los datos completos y verídicos, ya que esta información es vital para el cuidado médico durante el campamento. Debe ser firmada por un facultativo/a médico, o en su defecto por usted.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:**  |  |
| **Dirección:** |  |
| **Comuna:** |  |
| **Teléfono celular:**  |  |
| **Otro:**  |  |
| **Fecha de Nacimiento:**  |  |
| **RUN:**  |  |
| **Región:**  |  |
| **Edad:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Colegio/Escuela/Liceo:** |  |
| **Teléfono de Establecimiento Educacional:** |  |
| **Nombre Director/a E. Educacional:** |  |
| **Teléfono:**  |  |
| **Tipo de previsión médica:**  |  |

**En caso de emergencia, avisar a:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre 1:** |  |
| **Teléfono de casa:** |  |
| **Teléfono de Of.:** |  |
| **Celular:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Otro:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre 2:** |  |
| **Teléfono de casa:**  |  |
| **Teléfono de Of.:**  |  |
| **Celular:**  |  |
| **Parentesco:**  |  |
| **Otro:**  |  |

**Datos Médicos Generales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grupo Sanguíneo:**  |  |
| **Estatura:**  |  |
| **Peso:**  |  |

**Alergias, seleccione la situación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **No tengo ninguna alergia conocida** |  |
| **Soy alérgico(a) al siguiente tipo de comida:** |  |
| **Soy alérgico (a) a los siguientes medicamentos:** |  |
| **Soy alérgico (a) a las siguientes substancias (picaduras de insectos, plantas, polen, etc)**  |  |

**Dieta: seleccione la opción que aplique:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tengo una dieta regular** |  |
| **Tengo las siguientes restricciones alimenticias:**  |  |

|  |
| --- |
| **Indicaciones especiales para la dieta:**  |
|  |

**Seleccione la opción que aplique:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No padezco ninguna enfermedad crónica
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padezco lo siguiente: (marque solo lo necesario)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **Asma o problema respiratorio**  |  |  |
| **Diabetes** |  |  |
| **Migraña** |  |  |
| **Incontinencia urinaria nocturna**  |  |  |
| **Sonambulismo** |  |  |
| **Problemas del corazón** |  |  |
| **Alteraciones sanguíneas**  |  |  |
| **Dolor de Cabeza** |  |  |
| **Problemas de alimentación** |  |  |
| **Infecciones al oído frecuente**  |  |  |

|  |
| --- |
| **En el caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades crónicas, indique el tratamiento que debemos seguir en caso de presentarse una crisis. (si lo considera necesario, anexe una explicación detalla en una hoja aparte)** |
|  |

**Por favor conteste las siguientes preguntas, y explicar en caso de responder afirmativamente:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Uso de lentes o lentes de contacto:** |  |
| **2. Algún problema ortopédico o de articulaciones:** |  |
| **3. Utilizo algún dispositivo para oír o tiene algún problema de audición:** |  |
| **4. Algún problema o enfermedad dermatológica:** |  |
| **5. He sido hospitalizado (a):** |  |
| **6. Me han practicado algún tipo de cirugía:** |  |
| **7. Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciones recientemente (3 meses):** |  |
| **8. Estoy en algún tratamiento médico (anexe una explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, las dosis que debe tomar, el horario que debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento):** |  |

**Historial de enfermedades y Vacunación**

He padecido alguna de las siguientes enfermedades:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **FECHA** |
| **Rubéola**  |  |  |  |
| **Varicela**  |  |  |  |
| **Paperas** |  |  |  |
| **Sarampión**  |  |  |  |
| **Roséola** |  |  |  |
| **Hepatitis Tipo A, B o C** |  |  |  |

Vacunas aplicadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **FECHA** |
| **Triple**  |  |  |  |
| **Sarampión**  |  |  |  |
| **Tétanos**  |  |  |  |
| **Difteria**  |  |  |  |
| **Otras**  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **¿Algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad de campamento?** **SI NO Explique en caso de ser afirmativo:** |
|  |
| **¿Puede participar en nuestras actividades deportivas?** **SI NO Explique en caso de ser negativo:** |
|  |
| **¿Se ha desmayado o sentido mareado durante o después de hacer ejercicio?****SI NO Explique en caso de ser afirmativo:** |
|   |
| **¿Ha presentado dolores de pecho durante o después de hacer ejercicio?****SI NO Explique en caso de ser afirmativo:** |
|   |

**Antecedentes de enfermedades hereditarias**

Ha presentado antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **Diabetes** |  |  |
| **Hipertensión** |  |  |
| **Epilepsia** |  |  |
| **Otras (indique cual)** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Esta ficha fue llenada por el profesional\*:**  |  |

**NOMBRE RUT Y FIRMA**

**\*En caso de ser llenado por el propio beneficiario, debe ingresar de igual los datos de nombre, firma y RUT.**