**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:** | **Región:** |
| **Teléfono Celular:** | **Otro:** |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Edad:** |
| **RUN:** | **Previsión Médica:** |

| **Nombre E. Educacional** |  |
| --- | --- |
| **Teléfono de E. Educacional** |  |
| **Nombre de Director/a E. Educacional** |  |
| **Teléfono Director/a E. Educacional** |  |

| **En caso de emergencia avisar a:** | |
| --- | --- |
| **Nombre 1:** | **Parentesco:** |
| **Teléfono:** | **Otro** |
|  |  |
| **Nombre 2:** | **Parentesco:** |
| **Teléfono:** | **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) | | |
|  | ▢ Asma o problema respiratorio | ▢ Problemas del corazón |
| ▢ Diabetes | ▢ Alteraciones sanguíneas |
| ▢ Migraña | ▢ Dolor de cabeza |
| ▢ Sonambulismo | ▢ Problemas de alimentación |
| ▢ Incontinencia urinaria nocturna | ▢ Infecciones al oído frecuentes |
| 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): |
|  |

| ¿Algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad de campamento? |
| --- |
| ▢ No ▢ Si (Explique en caso de ser afirmativo) |
|  |
| ¿Puede participar en nuestras actividades deportivas? |
| ▢ No ▢ Si (Explique en caso de ser negativo) |
|  |
| ¿Se ha desmayado o se ha sentido mareado durante o después de hacer ejercicio? |
| ▢ No ▢ Si (Explique en caso de ser afirmativo) |
|  |
| ¿Ha presentado dolores de pecho durante o después de hacer ejercicio? |
| ▢ No ▢ Si (Explique en caso de ser afirmativo) |
|  |

| **Antecedentes de enfermedades hereditarias** |
| --- |
| Ha presentado antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades: |
| ▢ Diabetes |
| ▢ Hipertensión |
| ▢ Epilepsia |
| ▢ Otras (indique cuáles): |

| **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. | |