



## Ficha médica

Nombre del acampador \_\_\_\_\_

● Tipo de sangre \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

● ¿Su hijo es alérgico a algún tipo de medicamento? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

● ¿A algún alimento? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

● ¿Sufre algún otro tipo de alergia? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

● ¿Su hijo tiene que llevar medicamentos al campamento? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Especificar dosis \_\_\_\_\_

● Su hijo sabe nadar: **MUY BIEN BIEN REGULAR POCO NADA**

● Indicaciones o comentarios para el Director del campamento a cerca de su hijo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

● Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

● Teléfono consultorio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si el día del campamento la información médica contenida en este documento cambia o se agrega algún medicamento o indicación, es importante notificarlo al Director del campamento antes de dar salida.

**Gracias**

Tengo pleno conocimiento de la organización del campamento y estoy totalmente de acuerdo con la inscripción de mi hijo (a).

\_\_\_\_\_  
Firma del acampador

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor



Tels. y Fax. 91 13 10 46 al 49 / [www.pgcamp.com](http://www.pgcamp.com)

