



FICHA MÉDICA THE LAKE LAB

Foto

DATOS DEL MENOR

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y apellidos:

Teléfono de contacto:

Dirección de correo electrónico:

HISTORIAL MÉDICO

| | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------------------|----|----|---------------------|----|----|
| Infecciones de oídos frecuentes | | | Pis nocturno | | |
| Infecciones bucofaríngeas frecuentes | | | Hiperactividad | | |
| Dolores de cabeza frecuentes | | | Déficit de atención | | |
| Problemas cardiovasculares | | | Diabetes | | |
| Ataques epilépticos | | | Celiaquía | | |
| Asma | | | | | |

¿Sufre alguna enfermedad crónica recurrente?

Sí

No

En caso afirmativo, detallar:

¿Existe alguna incapacidad por la cual no pueda llevar a cabo alguna actividad o deporte?

Sí

No

En caso afirmativo, detallar:

Lesiones Médicas Recientes

Roturas Esguinces Luxaciones Otras

Cuidados necesarios: _____

Intervenciones Quirúrgicas / Ingreso hospitalario

Amígdalas Vegetaciones Drenajes Otras _____

En caso necesario puede tomar:

Dalsy Dosis ____ Apiretal Dosis ____ Termalgin Dosis ____ Ibuprofeno Dosis ____ Otros Dosis ____

Problemas de piel

Dermatitis atópica Papilomas Herpes Hongos Reactivo a picaduras

Alergias conocidas

Medicamentos Alimentos Picaduras Polen Otras

Otros datos médicos de interés

Gafas/Lentillas Tapones Ortodoncia Otros

En caso afirmativo, dar instrucciones necesarias:

¿Sigue algún tipo de régimen alimenticio específico?

Sí No

En caso afirmativo, indicar dieta:

¿Sigue algún tratamiento médico?

En caso afirmativo indicar tratamiento (Muy importante especificar si llevará medicina especial al campamento y cómo administrarla):

Otros comentarios sobre episodios médicos o de otra índole que pueden ser de ayuda para el campamento:

DATOS SANITARIOS

Número de la cartilla de la seguridad social:

Nombre y apellidos del médico de familia/pediatra:

Teléfono:

Seguro privado (si se aplica):

Número de póliza:

Teléfono de contacto:

CERTIFICO que la información anterior es veraz y que los datos médicos aportados son los conocidos y diagnosticados. Mantendré informada, por escrito, al campamento The Lake Lab si se produjera algún tipo de cambio en la salud o cuadro médico del menor antes de empezar el Campamento.

Autorizo a los responsables del campus a administrar los medicamentos a mi hijo que yo como padre, madre o tutor les proporciono o cualesquiera otros extraordinarios si fuera necesario por prescripción facultativa, así como actuar y dar su consentimiento en nuestro nombre para cualquier intervención o actuación urgente cuando no hubiese sido imposible obtener el nuestro, asumiendo como padre o tutor toda la responsabilidad y consecuencias en relación con tales actuaciones.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos personales que usted nos facilita sobre su hijo serán tratados de forma confidencial e incorporados a un fichero inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos con el nivel de seguridad adecuado. Dicho fichero es responsabilidad de The Lake Lab, y su único objetivo es la organización y ejecución segura del Campamento y la protección de la salud y el bienestar de los asistentes.

Dichos datos podrán ser comunicados a las instituciones sanitarias cuando así sea necesario, así como a los médicos y al personal auxiliar y administrativo de dichas instituciones para la correcta prestación de los servicios médicos que procedan, en su caso.

Le informamos que tiene los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición sobre sus datos personales según los términos establecidos en la citada Ley Orgánica 15/1999, y podrá ejercerlos adjuntando fotocopia de su DNI mediante escrito dirigido a:

FIRMA

FECHA