****

**FICHA MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Completo | | | | |  | | | | | | | | | Nacionalidad |  |
| Nombre Social | | | | |  | | | | | | | | | Género |  |
| Fecha de Nacimiento | | | | | / / | | | | | | RUT | | |  | |
| Edad | | | | | Años | | |  | | | | | Meses |  | |
| Estatura (mt) | | | | |  | | | | | | Peso (kg) | |  | | |
| **DATOS DE GRUPO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de Grupo | | | | |  | | | | | | | | Unidad |  | |
| Zona | | | | |  | | | | | | | | Distrito |  | |
| **DATOS PREVISIONALES** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Previsión (Marque la opción con una X) | | | | | Fonasa | | |  | | | Otro | |  | Especifique |  |
| Isapre | | |  | | | Nombre | |  | | |
| ¿Tiene algún seguro complementario de salud o escolar? (ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN) | | | | | | | | | | | Sí | |  | No |  |
| Institución con convenio | | |  | |
| **ANTECEDENTES MEDICOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo sanguíneo | | | | |  | | | | | | Factor Rh | |  | | |
| Alergias (Marque la opción con una X): | | | | | | | | | | | Sí | |  | No |  |
| Especifique si marco SÍ (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, anestésicos, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Intolerancia alimentaria (Marque con una X) | | | | | | | | | | | Sí | |  | No |  |
| Especifique: | | | | |  | | | | | | | | | | |
|
| **ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental? (Marque con una X) | | | | | | Sí |  | | No |  | | Especifique | | | |
| ¿Fue dado de alta? | | | | | | Sí |  | | No |  | | Año | | | |
| Actualmente ¿Está en control por salud mental? | | | | | | Sí |  | | No |  | | Especifique | | | |
| Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios) | | | | | |  | | | | | | | | | |
|
| N° contacto profesional de salud mental | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Causa / Fecha (Ej: Displasia de cadera, fracturas, apendicetomía, entre otras.) | | | | | | | |  | | | | | | | |
|
| **HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha estado hospitalizado? (Marque con una X) | | | | | | | | | | | Sí | |  | No |  |
| ¿Alguna vez has estado en ventilación mecánica? | | | | | | | | | | | Sí | |  | No |  |
| Fecha aproximada de hospitalizaciones | | | | |  | | | | | | Causa o motivo | |  | | |
|
| **TRASTORNOS ADAPTATIVOS O DE LA CONDUCTA (Ej: trastorno del espectro autista, entre otros)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Especifique | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios) | | | | | | | |  | | | | | | | |
|
| **ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (Marque con una X las opciones)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes mellitus\* | | | | |  | | | Asma | | |  | | Convulsiones\* | |  |
| Hipertensión arterial | | | | |  | | | EPOC | | |  | | Alteraciones sanguínea\* | |  |
| Patología cardiaca\* | | | | |  | | | Tuberculosis | | |  | | Alt. oftalmológica\* | |  |
| Dolor de cabeza\* | | | | |  | | | Epilepsia | | |  | | Alteraciones auditivas\* | |  |
| Vértigo / Mareo | | | | |  | | | Enf. renal\* | | |  | | Resistencia a la insulina | |  |
| Paro cardiorespiratorio | | | | |  | | | Autoinmune\* | | |  | | Hipo/Hipertiroidismo | |  |
| Especifique\*: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Otra (mencionar): | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios) | | | | |  | | | | | | | | | | |
|
|
| **¿HA CURSADO ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA SALUD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? (cefaleas, dolor abdominal, diarrea, etc.) Marque la opción con una X** | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Sí |  | No |  | Especifique | | | | | | | | | | | |
|
| ¿Cuándo inició con los síntomas? | | | | |  | | | | | | Fecha de inicio del tratamiento | | |  | |
|
| Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios) | | | | | | | |  | | | | | | | |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TUVO ALGÚN CONTACTO (pariente, amistades o personas del colegio) CON ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA (Covid-19, tuberculosis, varicela, dengue, sika, chagas, etc.)** | | | | | | |
|
| Sí |  | | No |  | | |
| ¿Cuál? |  | | ¿Dónde? |  | | |
| ¿Ha viajado al extranjero el último año? | | | Sí |  | No |  |
| País que visitó y fecha: |  | | | | | |
| Vacuna que se administró para el viaje: | | |  | | | |
| ¿Ha estado en contacto con alguien que haya viajado al extranjero el último año? | | | Sí |  | No |  |
| País del que llegó: | |  | |
| ¿Vas a viajar antes del campamento? | | | Sí |  | No |  |
| Especifica: (dónde, fecha y con quienes) | | |  | | | |
|
| **INFORMACION GINECO-OBSTÉTRICA** | | | | | | |
| ¿Tienes menstruaciones? (Marca con una X) | | | Sí |  | No |  |
| ¿Tus ciclos menstruales son…? | | | Regulares |  | Irregulares |  |
| ¿Sufres de dismenorrea (cólicos/dolores)? | | | Sí |  | No |  |
| Medicamento para cólicos (nombre) | |  | | | | |
| Método anticonceptivo (nombre) | |  | | | | |
| ¿Estás cursando un embarazo? (Marque con una X) | Sí |  | Semanas de embarazo | |  | |
| No |  |
| **ANTECEDENTES DENTALES** | | | | | | |
| Fecha del último control dental | |  | | | | |
| ¿Cursa actualmente algún tratamiento? | | | Sí |  | No |  |
| Especifique |  | | | | | |
|
| **ANTECEDENTES DE VACUNAS** | | | | | | |
| ¿Tiene al día las vacunas del Plan Nacional de Inmunización? (Marque la opción con una X) | | | Sí |  | No |  |
|
| ¿Ha recibido otra vacuna? Ej: Fiebre amarilla, refuerzo antitetánica, antirábica, etc. | | | | | | |
| Especifique |  | | | | | |
|
| **NECESIDADES Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimentarias. Incluyendo ayudas técnicas. Ej: aerocámara para inhaladores.** | | | | | | |
|
|  | | | | | | |
|
| **CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | | | |
| Nombre/Parentesco |  | | | Teléfono |  | |
| Nombre/Parentesco |  | | | Teléfono |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMPORTANTE: Debe adjuntar receta médica por tratamientos indicados en ficha. Llevar medicamentos, inhaladores, aerocámara, entre otros. Si está cursando un embarazo debe llevar carné de control.** | | | | | | |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Entregue esta ficha a la persona Responsable de la Unidad y hágale saber cualquier precaución o necesidad específica. Recuerde que la ficha es importante desde el momento de iniciar el viaje hasta su regreso. En caso de enfermedad o accidente grave nos pondremos en contacto de inmediato con usted. Si la situación lo requiere la persona afectada será trasladada al servicio de urgencia más cercano.** | | | | | | |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Doy fe que la información contenida corresponde a la realidad de la persona que se individualiza.** | | | | | |
|  | | |  |  | | |
|  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | | |  | **NOMBRE Y FIRMA** | | |
| **DIRIGENTE/GUIADORA RESPONSABLE** | | |  | **TITULAR / TUTOR/A LEGAL O APODERADO/A** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **/ /** | | |
|  |  |  |  |  | **FECHA** |  |