|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | | | | | | | | | | | | **Si** | | | |  | | **No** | |  |
| **Institución con convenio** | | | | | |  | | |
| **ANTECEDENTES MEDICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Grupo sanguíneo:** | | | | | |  | | | | | | | | **Factor Rh:** | | | |  | | | | |
| **Alergias (Marque la opción con una X):** | | | | | | | | | | | | | | **Si** | | | |  | | **No** | |  |
| **Especifique si marco SI (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, anestésicos, etc.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **Intolerancia alimentaria (Marque con una X):** | | | | | | | | | | | | | | **Si** | | | |  | | **No** | |  |
| **Especifique:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental? (Marque con una X)** | | | | | | | | | **Si** |  | | | **No** | |  | **Especifique:** | | | | | | |
| **¿Fue dado de alta?** | | | | | | | | | **Si** |  | | | **No** | |  | **Año:** | | | | | | |
| **Actualmente ¿Esta en control por salud mental?** | | | | | | | | | **Si** |  | | | **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 tenido alguna hospitalización? (Marque con una X)** | | | | | | | | | | | | | | **Si** | | | |  | | **No** | |  |
| **¿Alguna vez has estado en ventilación mecánica?** | | | | | | | | | | | | | | **Si** | | | |  | | **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/INFECCIONES (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 cardiorrespiratorio** | | | | | |  | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **Si** |  | **No** |  | | **Especifique:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuándo inicio 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.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **Si** | | | |  | | | | | | | **No** | | | | | |  | | | | | |
| **¿Cuál?** | | | |  | | | | | | | **¿Dónde?** | | | | | |  | | | | | |
| **¿Ha viajado al extranjero el último año?** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **País que visito y fecha:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vacuna que se administró para el viaje:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **¿Ha estado en contacto con alguien que haya viajado al extranjero el último año?** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **País del que llego:** | | | | | | | |  | | | |
| **¿Vas a viajar antes del campamento?** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **Especifica: (donde, fecha y con quienes)** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|
| **INFORMACION GINECO-OBSTETRICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tienes menstruaciones? (Marca con una X)** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **¿Tus ciclos menstruales son…?** | | | | | | | | | | | **Regulares** | | | | | |  | | **Irregulares** | |  | |
| **¿Sufres de dismenorrea (cólicos/dolores)?** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **Medicamento para cólicos (nombre):** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Método anticonceptivo (nombre):** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Estás en un embarazo? (Marque con una X)** | | | | **Si** | | |  | | | | **Semanas de gestación:** | | | | | | | |  | | | |
| **No** | | |  | | | |
| **ANTECEDENTES DENTALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha del último control dental:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cursa actualmente algún tratamiento?** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
| **Especifique:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **ANTECEDENTES DE VACUNAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene al día las vacunas del Plan Nacional de Inmunización? (Marque la opción con una X)** | | | | | | | | | | | **Si** | | | | | |  | | **No** | |  | |
|
| **¿Ha recibido otra vacuna? Ej: Fiebre amarilla, refuerzo antitetánica, antirábica, etc.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especifique:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **NECESIDADES ESPECÍFICAS/TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimentarias. Incluyendo ayudas técnicas.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **tratamientos específicos. (Ej.: tratamiento hormonal)** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre/Parentesco:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Teléfono:** | |  | | | |
| **Nombre/Parentesco:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Teléfono:** | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMPORTANTE: Debe adjuntar receta médica por tratamientos indicados en ficha. Llevar medicamentos, inhaladores, Aero cámara, entre otros. Si está en un embarazo debe llevar carnet de control.** | | | | | | |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Entregue esta ficha a la persona Responsable de la Unidad y hágale saber cualquier precaución o necesidad especifica. Mantenga esta ficha actualizada, haga saber cualquier precaución o necesidad especial. 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** |  |