|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **Nombre Completo** |  | **Nacionalidad** |  |
| **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 alguna 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 psicólogo o psiquiatra:** |  |
| **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** |
| **Causa / Fecha (Ej: Displasia de cadera, fracturas, apendicetomía, entre otras.)**  |  |
|
| **HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES** |
| **¿Ha estado hospitalizado? (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 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** |
|
| **Si** |  | **No** |  | **Especifique:** |
|
| **¿Cuándo inicio con los síntomas?** |  | **Fecha de inicio del tratamiento:** |  |
|
| **Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)** |  |
|
| **TUVO ALGÚN CONTACTO (pariente, amigo o compañero de 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 administro 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 embarazada? (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 ESPECIALES: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimentarias. Incluyendo ayudas técnicas.** |
|
|  |
|
| **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 esta embarazada debe llevar carnet de control.** |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Entregue esta ficha al Responsable de Unidad y hágale 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 el beneficiario (a) será trasladado al servicio de urgencia más cercano.** |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Doy fe que la información contenida corresponde a la realidad del beneficiario identificado.** |
|  |  |  |
|  |
| **NOMBRE Y FIRMA** |  | **NOMBRE Y FIRMA** |
| **DIRIGENTE/GUIADORA RESPONSABLE** |  | **APODERADO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **/ /** |
|  |  |  |  |  | **FECHA** |  |