



## AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA REALIZADA POR LOS PADRES CONVIVENCIA

### Ficha médica Parroquia S. Francisco Javier

1 DATOS DEL PARTICIPANTE			
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TLF. CONTACTO	
2 FICHA SANITARIA (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN)			
SEGURO MÉDICO	Nº DE PÓLIZA SS		
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO PRIVADO		
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MÉDICOS)			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? ¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MÉDICOS)			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ESTÁ OPERADO? ¿DE QUÉ?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Ha estado estreñido en los últimos 15 días?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Ha padecido diarrea en los últimos 15 días?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MÉDICOS)			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO? ¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MÉDICOS)			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS? ¿A QUÉ? (APORTAR INFORMES MÉDICOS)			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? ¿CUÁL?		PESO APROXIMADO DEL NIÑO: ESTATURA:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
MEDICACIÓN			
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Adjuntar medicamento, receta médica e instrucciones de administración)			
¿QUÉ SE LE SUELE ADMINISTRAR PARA PATOLOGÍAS LEVES? (DOLOR DE CABEZA, FEBRÍCULA,...) OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS	¿CUÁL?	DOSIS	PAUTAS (FORMA DE ADMINISTRACIÓN, HORARIO...)
SABE NADAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> BIEN		REGULAR <input type="checkbox"/> MAL
NOTA: OS ROGAMOS QUE SEAIS LO MAS REALISTAS POSIBLE.			



3

## AUTORIZACIÓN

DECLARO que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad. Y AUTORIZO a que, en caso de urgencia, el/la responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

En Pinto a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

LEÍDO Y APROBADO, FIRMADO: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Nota de necesario cumplimiento:

Para la asistencia a la peregrinación es necesario que el participante y sus padres acepten la normativa COVID establecida durante las fechas en las que se realiza la actividad por las autoridades sanitarias o por la compañía aérea correspondiente. También cumplirá otras normativas parroquiales a este respecto que los organizadores lo consideran conveniente. Es necesario que el participante lleve el pasaporte COVID por si lo pudiesen requerir en cualquier momento.

LEÍDO Y APROBADO, FIRMADO: \_\_\_\_\_

LEÍDO Y APROBADO, FIRMADO: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_