



**AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA  
REALIZADA POR LOS PADRES  
DURANTE EL VIAJE Y LA ESTANCIA ORGANIZADO  
POR LA PARROQUIA SAN FRANCISCO JAVIER DE PINTO**

Ficha médica Parroquia S. Francisco Javier			
<b>1</b>	<b>DATOS DEL NIÑO</b>		
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TLF. CONTACTO	
<b>2 FICHA SANITARIA (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN)</b>			
SEGURO MÉDICO		Nº DE PÓLIZA SS	
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL		<input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO PRIVADO	
<b>PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>			
¿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			
<b>ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS</b>			
¿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?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PESO APROXIMADO DEL NIÑO ESTATURA	
<b>MEDICACIÓN</b>			
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>(Adjuntar medicamento, receta médica e instrucciones de administración)</b>			
¿QUÉ SE LE SUELE ADMINISTRAR PARA PATOLOGÍAS LEVES? (DOLOR DE CABEZA, FEBRÍCULA,...)	¿CÚAL?	DOSIS	PAUTAS (FORMA DE ADMINISTRACIÓN, HORARIO...)
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS			
SABE NADAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> 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\_

FIRMA DEL PADRE:

FIRMA DEL MADRE:

\_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_