# COLONIA DE VERANO CLARET BENICASIM 2016

## FICHA SANITARIA

##

**APELLIDOS**………………………………………………………………..…**NOMBRE**…………….……..

**FECHA DE NACIMENTO**………………………….………**EDAD** ……..….…. **SEXO**

**DATOS**

**DEL**

**NIÑO/A**

M

V

## ENFERMEDADES

El niño/a, ¿ha tenido las enfermedades siguientes?

**VACUNACIONES (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIONES)**

Indicar las últimas fechas de vacunación con antitetánica, señalando si fue: vacuna suero

…………………………………………………………………………………………………….……..

**ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y OTROS DATOS**

El / la niño / a ¿tiene algún tipo de ALERGIAS? SI NO

En caso afirmativo, especifíquese a qué medicamentos, comidas, polen, polvo,.....?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

¿Sigue el niño / a actualmente ALGÚN TRATAMIENTO? En caso afirmativo, ¿Cuál?

(Adjuntar receta donde se indiquen los medicamentos)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

Indicar OTROS PROBLEMAS DE SALUD precisando lo más posible (enfermedades, accidentes, convulsiones, hospitalizaciones, operaciones,...)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

¿Moja el niño/a la cama? SI NO OCASIONALMENTE

¿Sabe nadar? SI NO POCO

PAPERAS

### SI NO

**VARICELA**

**SI NO**

**ESCARLATINA**

### SI NO

**SARAMPIÓN**

**SI NO**

**ANGINAS**

**SI NO**

ASMA

**SI NO**

**REUMATISMO**SI NO

**RUBEOLA**

### SI NO

**TOSFERINA**

### SI NO

RESGUARDO DE ENTREGA DE INSCRIPCIÓN Y FICHA SANITARIA