

# DATOS SANITARIOS DE LOS PARTICIPANTES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_ RESPONSABLE \_\_\_\_\_

- ¿Tiene puesta y actualizadas las **vacunas** correspondientes a su edad? SI  NO

- ¿Ha sido **intervenido quirúrgicamente** en alguna ocasión? SI  NO

¿De qué? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

- ¿Padece alguna **enfermedad**? SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Es propenso a \_\_\_\_\_

- ¿Padece alguna **Alergia**? SI  NO

Indicar a que \_\_\_\_\_

- ¿Padece alguna **intolerancia alimenticia**? SI  NO

Indicar a que \_\_\_\_\_

## MEDICACION Y TRATAMIENTO DURANTE LOS DIAS DEL CAMPAMENTO

- ¿Debe tomar alguna medicación? SI  NO

• ¿Cuál? \_\_\_\_\_

• ¿Para que? \_\_\_\_\_

• Posología \_\_\_\_\_

¿La medicación necesita refrigeración? \_\_\_\_\_

- Analgésico y antiinflamatorio que suele tomar es \_\_\_\_\_



**OTROS DATOS:**

¿Tiene miedo a algo en especial? \_\_\_\_\_

¿Suele andar o hablar en sueños? \_\_\_\_\_

¿Sufre algún tipo de retraso motor? \_\_\_\_\_

¿Sufre algún tipo de retraso o trastorno psíquico o mental? \_\_\_\_\_

¿Necesita apoyo extra? \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_ ¿Qué nivel tiene? \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS A TENER E CUENTA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (Si es mayor de edad)

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL  
DEL MENOR

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Responsable: Identidad: CRISTIANOS SIN FRONTERAS - NIF: G09038050 Dir. postal: SAN BERNARDO,79-28015-MADRID Tlf: 915944112 Email: secretaria@csf.es .“En nombre de CSF tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán durante el encuentro. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en CRISTIANOS SIN FRONTERAS estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como interesado.” SI  NO