



**CAMPAMENTOS DE VERANO  
FICHA MÉDICA DEL CAMPERO**

Nombre del Campero: \_\_\_\_\_

DNI del Campero: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Apoderado: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

| Tiene enfermedades o afecciones que considerar: | SI | NO |
|---|----|----|
| Asma  |    |    |
| Bronquitis                                      |    |    |
| Problemas Gastrointestinales                    |    |    |
| Afecciones a los oídos                          |    |    |
| Afecciones a los ojos                           |    |    |
| Otros (Indicar)                                 |    |    |

Alergias:

Sigue algún tratamiento:

Observaciones

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Madre/Apoderado

\_\_\_\_\_  
/ /  
Fecha



**CAMPAMENTOS DE VERANO  
FICHA MÉDICA DEL CAMPERO**

Nombre del Campero: \_\_\_\_\_

DNI del Campero: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Apoderado: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

| Tiene enfermedades o afecciones que considerar: | SI | NO |
|---|----|----|
| Asma  |    |    |
| Bronquitis                                      |    |    |
| Problemas Gastrointestinales                    |    |    |
| Afecciones a los oídos                          |    |    |
| Afecciones a los ojos                           |    |    |
| Otros (Indicar)                                 |    |    |

Alergias:

Sigue algún tratamiento:

Observaciones

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Madre/Apoderado

\_\_\_\_\_  
/ /  
Fecha