

Grupo

Unidad

Patrulla / Equipo

Nombre Completo

Domicilio

Teléfono  Fecha de Nacimiento  /  /  Rut  -

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Sistema de salud:  Isapre   Fonasa  Particular  Fuerzas Armadas

Médico que lo atiende:

Teléfono de contacto médico:

Es alérgico a:  **Medicamentos**  **Alimentos**  **Otro**   
(Indique específicamente a que es alérgico)

Grupo Sanguíneo:  Padece alguna enfermedad crónica:   
(Cual)

## Enfermedades que ha padecido

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicitis            | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos        | <input type="checkbox"/> Paperas             |
| <input type="checkbox"/> Peste Cristal          | <input type="checkbox"/> Problemas Renales          | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática    |
| <input type="checkbox"/> Hernia                 | <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos        | <input type="checkbox"/> Escarlatina         |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Fatiga, Desmayos           | <input type="checkbox"/> Erupciones Cutáneas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis             | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas            | <input type="checkbox"/> Sonambulismo        |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Calambres           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza        | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (Lumbago) | <input type="checkbox"/> Pie Plano           |

¿Ha padecido intervenciones quirúrgicas de relevancia? Indicar cuales.

¿Se está efectuando algún tratamiento médico que requiera de cuidados? Describirlo

¿Esta consumiendo algún tipo de medicamento? Indicar cual y que horarios.

Observaciones que desee agregar.

# AUTORIZACIÓN

CAMADI 2015

Grupo

Unidad

Patrulla / Equipo

Nombre Completo Beneficiario

Nombre Completo Apoderado

RUT

Teléfono

Parentesco

Correo

Considerar como teléfono de emergencia el del apoderado.

En caso de urgencia comunicarse con

Nombre	Teléfono	Ciudad

Yo, como apoderado del menor anteriormente nombrado lo autorizo a participar del **Campamento Masivo de Distrito 2015** que se realizará en el Campo Escuela Callejones ubicado en la comuna de Graneros, Región del Libertador Bernardo O'higgins.

Autorizo además a quien es responsable del campamento para que en caso de urgencia y bajo recomendación de un profesional médico, disponga el tratamiento o intervenciones quirúrgicas que fuesen necesarias realizar.

\_\_\_\_\_  
**Firma del apoderado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# CAMADI 2015

Observaciones que desee agregar.

10/11/12 OCTUBRE