



### Información médica

#### Información médica

|                     |                     |       |   |
|---------------------|---------------------|-------|---|
| _____               | _____               | M     | F |
| Nombre del niño     | Fecha de nacimiento | Sexo  |   |
| _____               | ( _____ )           | _____ |   |
| Nombre del médico   | Número de teléfono  |       |   |
| _____               | _____               |       |   |
| Compañía de seguros | Número de póliza    |       |   |

#### Condiciones médicas

*Dependiendo de la condición, es posible que se le envíe material adicional para rellenar.*

¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria, medicamentosa o ambiental?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna condición médica que el personal deba conocer (asma, convulsiones, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Existen otras condiciones médicas/consideraciones que personal deba conocer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Su hijo necesita tomar algún medicamento en el campamento?     | Sí | No |
| <i>Si es así, le pediremos más detalles en otro formulario.</i> |    |    |

#### Vacunas

|   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Su hijo tiene las vacunas al día? (Requerimos estas vacunas de acuerdo con los estándares de cuidado infantil de California) | Sí | No |
|---|----|----|

- |                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| • Polio                               | • Hepatitis B           |
| • Haemophilus influenzae type B       | • Varicela (Chickenpox) |
| • Sarampión, paperas, y rubeola (SPR) |                         |

¿Cuál fue la fecha de su última vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP)?: \_\_\_\_\_