Expediente Medico

Arawaks Summer Camp 2024

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Grado: _____ Campamento: ☐ Chicos (4° y 5°) ☐ Grandes (6° y 7°)

Mamá: _____ Papá: _____

Correo: _____ Teléfono: _____ Correo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Alergias y Asma

En caso de tener alergias a **alimentos** escribirlos en el recuadro. ☐ No tiene Alergias

En caso de tenga alergias a **medicamentos** escríbalos en el recuadro. ☐ No tiene Alergias

En caso de tener alergias en **general** escríbalos en el recuadro. ☐ No tiene Alergias

En caso de ser **asmático** describa el tratamiento en el recuadro. ☐ No es Asmático

Estado de Vacunación

Si ha recibido las vacunas habituales (Tétanos, influenza, varicela, hepatitis, rubéola etc....)

Información General

Si hubiera alguna otra condición o indicación que sea necesario conocer, favor de escribirla en el recuadro.