

INFORMACIÓN MÉDICA

NUESTRA MISIÓN: YMCA of San Diego County se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®
 POR UNA VIDA SALUDABLE
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono principal () -	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil
Correo electrónico principal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar

INFORMACIÓN MÉDICA

Aseguradora o compañía de seguro médico			
Número de seguro o póliza		Número del grupo asegurador	
Hospital preferido			
Nombre en la tarjeta de seguro		Apellido en la tarjeta de seguro	
Nombre del médico de cabecera		Número de teléfono del médico	
Dirección del médico			Sala n.º
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha del último examen médico (mm/dd/aaaa)

ANTECEDENTES MÉDICOS

Operaciones/Tratamientos médicos anteriores	
Actividades exentas	
<input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos	Nombre/Dosis de medicamentos actuales
¿Para qué afección es el medicamento?	

FECHAS DE ÚLTIMAS VACUNAS (MM/DD/AAAA)

Fecha:	Varicela	Fecha:	Virus de polio inactivo
Fecha:	Difteria, tétanos y tos ferina	Fecha:	Antimeningocócica
Fecha:	Hepatitis A	Fecha:	Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis)
Fecha:	Hepatitis B	Fecha:	Vacuna antineumocócica conjugada
Fecha:	Haemophilus influenzae tipo b	Fecha:	Rotavirus

AFECCIONES A CONSIDERAR

<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos
<input type="checkbox"/> Hospitalización reciente	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención/Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Crisis epilépticas/convulsiones	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down
Comentarios generales/Otras	

ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Huevos (<input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Trigo/Gluten (<input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Leche (<input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Soya (<input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Maní (<input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Picadura de abeja (<input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Frutos secos (<input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Penicilina (<input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Pescado (<input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno (<input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Mariscos (<input type="checkbox"/> Epipen)	
Alergias a otros alimentos	
Otros medicamentos	

PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL MENOR

Persona Autorizada 1	Persona Autorizada 2
Nombre	Nombre
Relación	Relación
Numero de Teléfono	Numero de Teléfono
Persona Autorizada 3	
Nombre	Relación
Numero de Teléfono	