



Este documento deberá ser llenado por el padre o tutor del misionero participante.

Nombre completo: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____

En caso de emergencia contactar a: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Historial Médico

- 1) Eres alérgico a:
 - a) Comida (especifica cuál) _____
 - b) Polen _____
 - c) Medicamentos _____
 - d) Insectos: _____

- 2) Sufres, has experimentado o estás siendo tratado por alguno de estos padecimientos:
 - a) Asma
 - b) Epilepsia / Convulsiones
 - c) Diabetes
 - d) Estómago irritado
 - e) Alguna discapacidad física

- 3) Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____. (Favor de marcar “no se” en caso de no recordar la fecha de la última vacuna. Te recomendamos vacunarte si no lo has hecho en los últimos 10 años.

- 4) Nombra los medicamentos y dosis que tienes que tomar durante el periodo de la misión:



5) Tienes alguna restricción en tu dieta?

6) Por favor indica los detalles, la naturaleza y gravedad de cualquier padecimiento físico y/o psicológico, enfermedad, inhabilidad o condición de la que el medico deba estar enterado. Por favor también nombra cualquier enfermedad importante que hayas experimentado durante el año pasado.
