

HISTORIAL MÉDICO

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.

“Haz todo con AMOR”

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.

“Haz todo con AMOR”

