**FULL D’INSCRIPCIÓ (FITXA DE SALUT)**

**HISTORIA CLÍNICA**

Pateix alguna malaltia (asma, bronquitis, epilèpsia, diabetes,...)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDICACIÓ** | | |
| Pren medicines? | SI | NO |
| Quines?  Dosis: | | |
| Segueix algun tractament? | SI | NO |
| Quin? | | |
| Segueix algun regim especial? | SI | NO |
| Quin? | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AL·LERGIES** | | |
| Es al·lèrgic a aliments? | SI | NO |
| Quins? | | |
| Es al·lèrgic a medicines? | SI | NO |
| Quines? | | |
| Es al·lèrgic a picades? | SI | NO |
| Quines? | | |

**OBSERVACIONS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRUP SANGUINI (Grup i factor si se sap):

Té problemes amb la vista o la oïda? \_\_\_\_\_ Quins? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Té alguna disminució (psíquica, física, sensorial)?\_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Té algun problema de mobilitat? \_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Es fatiga fàcilment? | SI |  |  | NO |

En cas d’afecció lleu (mal de cap, febre,...) SI NO autoritzo al monitor responsable, en aquell moment, a que li administri la medicació oportuna.

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d’extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada.

Firma del pare, mare o tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ del 2018

**NOTA**: Ha de constar qualsevol malaltia o al·lèrgia diagnosticada medicament fins al moment.

Les dades mediques son confidencials i només hi tindran accés els monitors responsables.

Tots els asmàtics han de portar SEMPRE els inhaladors i comunicar-ho als seus monitors.