

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

**HISTORIA CLÍNICA**

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

---



---



---

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**

---



---



---



---

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 20

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

Les dades mèdiques 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.