



JAMCAM SUBREGIONAL
7 AL 11 DE ABRIL 2019.
FICHA MÉDICA DE DELEGACIÓN.



JOVEN EQUIPO DE APOYO DIRIGENTE PAÍS:

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____
 Sexo: M F Cédula o Pasaporte: _____ Religión: _____
 Dirección: _____ Teléfonos _____
 Peso: _____ lbs Estatura: _____ metros Tipo de Sangre: _____ Talla: _____

FICHA MEDICA: marque las casillas si su acudido presenta alguno de estos sintomas

problemas cardiovasculares Alergias Enfermedad respiratoria
 Especifique _____

Ha observado que padece de alguno (s) de los siguientes síntomas o enfermedades:

Mareos <input type="checkbox"/>	Hernia <input type="checkbox"/>	Sistema nervioso <input type="checkbox"/>
Desmayo <input type="checkbox"/>	Desorden Mental <input type="checkbox"/>	Dolores de Oído <input type="checkbox"/>
Cólicos <input type="checkbox"/>	Desorden intestinal <input type="checkbox"/>	Hemorragia Nasal <input type="checkbox"/>
Sinusitis <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Calambres <input type="checkbox"/>
Problemas de vision <input type="checkbox"/>	Fiebre Frecuente <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Problemas de audicion <input type="checkbox"/>	Afección Cardiacaca <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>

Ha sido vacunado contra el:

Tétano <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Polio <input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/>	Fiebre Amarilla <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Esta tomando algún medicamento actualmente: SI NO
 Especifique: _____
 No puede tomar los siguientes medicamentos: _____
 lesión o enfremedad significativa en el pasado?. Especifique: _____
 Presenta alguna condición que le impida realizar ejercicios activos: SI NO
 Observaciones _____

En caso de Emergencia llamar a:

Nombre	Parentesco	Teléfonos
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo _____ con cédula de identidad personal _____,
 responsable del menor _____, hago constar que autorizo su
 participacion en el I JAMCAM SUBREGIONAL, que se realizarán del 7 al 11 de abril de 2019 en PANAMÁ.
 Certifico que la informacion presentada en este formulario esta completa y correcta.

_____	_____	_____
NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO	CEDULA	FIRMA