

**SALUD Y ESTADO FÍSICO GENERAL -**

Esta sección debe completarla el padre, la madre o el tutor. Utilice el reverso del formulario si necesita más espacio.

**Información sobre el seguro médico (por favor, proporcione una copia de la parte frontal y del reverso de la tarjeta del seguro médico, si dispone de ella)**

¿Su hijo/a está asegurado bajo un seguro médico familiar?  Sí  No

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nro. de la póliza/ID de afiliado \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a realiza algún tipo de actividad física regularmente?  Sí  No

Actividad	Frecuencia	¿Durante cuánto tiempo?

¿Qué tan bien nada su hijo?  Excelente  Intermedio  Principiante  No sabe nadar

¿Su hijo/a padece alguna alergia? (alimentos, medicamentos, sustancias irritantes del medio ambiente)  Sí  No

Alergias	Reacción	Medicación (en su caso)

¿Su hijo/a toma algún medicamento actualmente?  Sí  No

Incluya todos los medicamentos que toma su hijo/a (incluidos los que no requieren receta médica o son de venta libre)

Medicamento	¿Para qué es? (afección/síntoma)	Dosis (¿cuánto? / ¿cuántas veces?)	Fecha en la que inició a tomarlo	Efectos secundarios (si los hay)

**Por favor, marque cualquier restricción alimenticia que corresponda**

Mi hijo/a **NO** come  Carne de res  Carne blanca  Puerco  Mariscos  Huevos  Lácteos  Gluten

Frutos secos

Mi hijo/a es  Vegetariano  Vegano

¿Se ha vacunado su hijo/a contra el Covid?  Sí  No Fecha en que se le aplicó \_\_\_\_\_

**¿Existe alguna otra condición física que podría limitar la participación de su hijo/a en los programas de Wilderness Kids Alexandria? (Asma, epilepsia, diabetes, alergias, limitaciones físicas, etc.)**

No, mi hijo/a es capaz de participar plenamente  Sí, me preocupa el nivel de participación de mi hijo/a

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

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

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_