

## DATOS DEL SOCIO

Nombre:	Apellidos:	Edad:
---------	------------	-------

<input type="checkbox"/> Cartilla Seg. Social <input type="checkbox"/> Otra	Número:	G. Sanguíneo	Rh:
--	---------	--------------	-----

## ANTECEDENTES PERSONALES

¿Ha sufrido algún ingreso en el último año? ¿Por qué motivo?:

¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente anteriormente? ¿Motivo?:

¿Cuál de las siguientes enfermedades ha sufrido?:  Varicela  Sarampión  Rubéola

Otras importantes:

¿Padece alguna enfermedad ? ¿Cuál/es? (asma, diabetes, bronquitis crónica...):

¿Padece alguna enfermedad infectocontagiosa? ¿Cuál/es?:

**ALERGIAS CONOCIDAS** (ha de ir acompañado del certificado médico oportuno que acredite la alergia)

Es alérgico a:

<input type="checkbox"/> Alimentos:	
<input type="checkbox"/> Medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Otros:	

## PROPENSO A:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Procesos catarrales | <input type="checkbox"/> Cefaleas      | <input type="checkbox"/> Mareos, lipotimias | <input type="checkbox"/> Vómitos           |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis         | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hipotensión        | <input type="checkbox"/> Insomnio          |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis          | <input type="checkbox"/> Diarrea       | <input type="checkbox"/> Hipertensión       | <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna |

Tratamiento que ha seguido en estos casos:

## ALIMENTACIÓN

¿Sigue algún régimen especial de comidas recomendado por el médico? (celíacos, diabéticos...)  
Si es así descríbalos con detalle o adjunte copia de la dieta:

## VACUNACIONES

¿Ha cumplido estrictamente el calendario vacunal hasta la edad actual?:  
 Sí  No En caso negativo, por favor indique a continuación qué vacunas no están completas:

¿El tétanos es un caso especial; es importante conocer bien estos datos. ¿Ha sido correctamente vacunado/a contra el tétanos?  Sí  No

Fecha de la última dosis:

## MEDICACIONES

¿Sigue en la actualidad algún tratamiento? Indique cuál/es y sus dosis.

## OTROS ASPECTOS

¿Sabe nadar?:  Sí  No  Algo

¿Necesita alguna atención especial?

Usted conoce y es consciente que sus datos personales serán incorporados a una base de datos, de la que es responsable la Asociación Juvenil Don Bosco y que tiene por objeto la correcta organización de las actividades que esta misma asociación organiza para sus destinatarios. Usted garantiza y responde, en cualquier caso, de la veracidad de los datos facilitados y se compromete a facilitar cualquier modificación de los mismos. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, tiene reconocidos y podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, contactando con la Asociación Juvenil Don Bosco (Avda. Vicente Blasco Ibáñez, 1 - 03005 - Alicante. Tfno. 965133158. E-mail: ajdb@don-bosco.org).

Firma padre/madre/tutor/a:

Fecha: