



Autorización para participar en actividades o campamentos



Yo, _____ apoderado
del menor _____ autorizo para que participe en
la actividad denominada _____, la que se
efectuará durante el o los días _____ del mes de _____ del año
_____, en el lugar _____.

Autorizo además a quien es el responsable de la actividad para que en caso de urgencia y
bajo recomendación de un profesional médico, disponga el tratamiento o intervenciones
quirúrgicas que fuesen necesarias realizar.

Nombre Completo del apoderado			
RUT del apoderado	-	Parentesco	

Firma del apoderado

En caso de urgencia comunicarse con:

NOMBRE	FONO 1	FONO 2	CIUDAD
1.			
2.			
3.			

Fecha de misión de este documento: _____ del mes de _____ del año _____



Ficha médica



Nombre Completo

Domicilio

Teléfono Fecha de Nacimiento / / Rut -

Antecedentes médicos

Sistema de salud: **Isapre** **Fonasa** **Particular** **Fuerzas Armadas**

Médico que lo atiende

En que teléfonos se puede ubicar a su médico:

Es alérgico a: **Medicamentos** **Alimentos** **Otros**
(indique específicamente a que es alérgico)

Grupo Sanguíneo Padece alguna Enfermedad crónica
(Cual)

Ha padecido enfermedades o Intervenciones quirúrgicas de Relevancia (indique cuales)

Se está efectuando algún Tratamiento médico que Requiera de cuidados (describalo)

Está consumiendo algún Tipo de medicamento (indique cual y su horario)

Observaciones que desee agregar: