



FICHA MÉDICA

Esta ficha debe ser llenada por los papás del asistente o su tutor en caso de que el participante no sea mayor de edad. Le pedimos llenarla con honestidad debido a la importancia de los datos en caso de urgencia. Los datos que se proporcionen en esta ficha serán confidenciales y sólo tendrán acceso a ella personal autorizado por la empresa.

Escuela/School	Grado/Grade	Grupo/Group
Nombre/Name		
Fecha de Nacimiento/Birth Day		Edad/Age
Dirección/Address		C.P.
Ciudad/City	Email	
Doctor Familiar/Family Doctor		Teléfono/Phone
Nombre Papá/Father's Name		
Celular/Cell Phone		Tel Trabajo/Work Phone
Nombre Mamá/Mother's Name		
Celular/Cell Phone		Tel Trabajo/Work Phone
Tipo de Sangre/Blood Type		
¿Sabe nadar?/Can your children swim?		
Menciona las enfermedades recientes de los últimos 3 meses Tell us about your health in the last three months		

En caso de emergencia y no localizar a los papas avisar a/ In case of emergency contact

Nombre/Name	Parentesco/Kinship
Tel Casa/Home Phone	Celular/Cell Phone



**Ha padecido alguna de las siguientes condiciones?
Has you suffered some of the following condition?**

	SI	NO		SI	NO
Problemas digestivos/ digestive problems			Alergias*/Allergies		
Luxaciones o fracturas/ dislocations or fractures			Asma/ Asthma		
Infecciones auditivas, oculares u olfativas/ infections (auditive, ocular or nasal)			Epilepsia/ Epilepsy		
Problemas de columna vertebral/ Spinal problems			Migraña/ Migraine		

***En caso de haber sido afirmativa su respuesta en el cuestionario anterior, favor de especificar el tratamiento a seguir / In the case of answering yes to any questions please specify the treatment**

***Si es necesario llevar el medicamento, indicar la dosis exacta para poder administrarla adecuadamente
*If its necessary to administer medicine, please tell us the exact dose to administer correctly**

**¿A sufrido golpes recientes? ¿Requiere algún tratamiento?
Do you have any recent injuries? Do they require any treatment?**

**¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 6 meses? ¿De qué?
Have you had surgery recently?**

Favor de mencionar si el asistente cuenta con algún tipo de seguro médico / Please tell us if the children have any medical insurance

Nombre de la compañía de seguros / Medical Insurance Company Name:

Tipo de seguro / Insurance Type:

Número de póliza / Policy Number

*Favor de anexar una copia de póliza o la tarjeta
*Please attach a copy of the card

La empresa ASL cuenta con un paramédico de base en caso de urgencia, así como un botiquín de Primeros Auxilios con lo necesario para atender cualquier emergencia

Firma del padre, madre o tutor/ Father's, mother's or guardian's signature

La empresa ASL MEX S.A. DE C.V. con domicilio ubicado en, Loma Bonita #13, CP. 76048, Colonia Arquitos, Querétaro, Querétaro utilizara sus datos personales recabados con los siguientes fines: Fines sociales, Fines educativos. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales usted puede ingresar a la siguiente página web: www.aslmexico.com .

