



Sant Pere Claver
FUNDACIÓ SANITÀRIA

C/ Vila Vilà 16 08004 BARCELONA
Tel. 934423902-03

Qüestionari d'inscripció a les colònies d'estiu

nom i cognoms

nombre y apellidos

data de naixement fecha de nacimiento

domicili domicilio

carrer calle:

nº

pis piso:

població población

codi postal código postal

telèfon teléfono

nom i tel. mòbil pare padre

nom tel. mòbil mare madre

Correu electrònic de contacte :

correo electrónico de contacto

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA TARJA SANITARIA

Autoritzo el meu fill/a a assistir a la Colònia de Sant Pere Claver Fundació Sanitària i autoritzo els responsables de la mateixa, a prendre qualsevol determinació quant al tractament del nen/a. En cas d'emergència, de no poder localitzar-me, dono permís als metges de la colònia a prendre les decisions necessàries en bé de la salut del meu fill/a.

a assistir a la Colonia de Sant Pere Claver Fundació Sanitària y autorizo a los responsables de la misma a tomar cualquier determinación en cuanto al tratamiento del niño/a. En caso de emergencia, de no poder localizarme, doy permiso a los médicos de la colonia a tomar las decisiones pertinentes en bien de la salud de mi hijo/a.

Així mateix i pel present, consenteixo expressament i autoritzo a Sant Pere Claver Fundació Sanitària per a què utilitzi les dades i imatges que siguin estrictament necessàries per a usos relacionats amb l'activitat de la institució.

Asimismo consiento expresamente y autorizo a la Fundació Hospital Sant Pere Claver a utilizar los datos e imágenes para usos relacionados con la actividad de la institución

Nom nombre:

DNI

Signatura Firma:

L'asma que presenta el nen/a, és de tipus al·lèrgic?

¿El asma que presenta el niño/a es de tipo alérgico?

A què té al·lèrgia?

¿A qué tiene alérgia?

Quin medicament pren com a prevenció de l'asma? (medicament per cada dia) ¿Qué medicamento utiliza como prevención del asma? (medicamento para cada día)

Quin medicament pren quant té la crisi d'asma (els "pitos") ¿Qué medicamento toma cuando tiene la crisis de asma (Los "pitos")?

Indicar si algun medicament utilitzat per l'asma, no el tolera

Indicar si algún medicamento utilizado para el asma no lo tolera

Nom del Metge o Servei hospitalari que controla habitualment l'asma del nen Nombre del médico o servicio hospitalario que controla habitualmente el asma del niño

Quants cops ha anat a urgències, per l'asma, en el darrer any?

¿Cuántas veces ha ido a urgencias, por el asma, en el último año?

Quants cops ha estat ingressat per l'asma en el darrer any?

¿Cuántas veces ha estado ingresado por el asma en el último año?

Indicar enfermetats importats que ha sofert o bé que ara, a l'actualitat, necessitin controls periòdics. Indicar enfermedades importantes que ha sufrido o que ahora, actualmente necesitan controles periódicos

Pren algun medicament a part dels de l'asma. (indicar dosi)

¿Toma algún medicamento además de los del asma? (indicar la dosis)

VACUNA ANTITETANICA (indicar data de la darrera administració)
(indicar fecha de la última inyección)

Té al·lèrgia a algun medicament?

¿Tiene alergia a algún medicamento?

Indicar-lo.

Indicarlo

Té al·lèrgia o problemes amb algun menjar? Indicar-lo

¿Tiene alergia a algún alimento?

Indicarlo

Altres al·lèrgies:

Otras alergias

Pateix enuresi nocturna? (es fa pipí al llit?)

Indicar si cal despertar-lo a la nit per anar al W.C.

¿Presenta enuresis nocturna? (¿se hace pipí en la cama?)

(Indicar si es necesario despertarlo de noche para ir al W.C.)

INDICAR qualsevol informació que considereu important per a nosaltres

INDICAR cualquier información que considereis importante para nosotros.