

Vi preghiamo di porre particolare attenzione nella compilazione di questa scheda di cui:

- pagina 1 da compilarsi a cura della famiglia

- pagina 2 da compilarsi a cura del medico

La presentazione della scheda all'arrivo al villaggio, compilata in ogni sua parte, è indispensabile per l'accettazione.



SCHEDA SANITARIA

foto

Cognome.....

Nome.....

Luogo di Nascita

Data di Nascita.....

Domicilio Via..... Cap..... Città..... Prov.....

email.....

Recapito parenti durante il soggiorno

Madre:

Padre:

Altro (specificare).....

☎ Uff/.....

☎ Uff/.....

☎ Uff/.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

Nel caso di genitori separati indicare a chi è affidato il minore:

Madre Padre Altro

Regione:..... Azienda ASL n°:.....Codice Assistito:

Il/la sottoscritto/a padre madre altro _____, esercitante la potestà genitoriale sul/la minore, autorizzo la Direzione ad impartire i trattamenti sanitari necessari al ragazzo/a.

Firma

Data

Cognome.....Nome.....

Esame obiettivo generale 	Patologie in atto 	
Terapie in corso <i>(specificare farmaci e posologia)</i> 	Notizie Anamnestiche <input type="checkbox"/> morbillo <input type="checkbox"/> parotite <input type="checkbox"/> epatite virale <input type="checkbox"/> epilessia <input type="checkbox"/> varicella <input type="checkbox"/> pertosse <input type="checkbox"/> asma bronchiale <input type="checkbox"/> rosolia <input type="checkbox"/> enuresi notturna <input type="checkbox"/> scarlattina <input type="checkbox"/> altro: _____ 	Allergie <i>(specificare il tipo)</i> farmaci _____ pollini _____ polveri _____ muffe _____ alimenti _____ veleno insetti _____ altro: _____
I farmaci al seguito del ragazzo saranno consegnati alla Direzione che si occuperà delle somministrazioni come da prescrizione medica	menarca NO [] SI [] quando: _____	
ectoparassitosi _____		

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE
Medico compilatore

Qualifica:

- Pediatra di libera scelta
 Medico di medicina generale
 Medico ASL di residenza

Codice sanitario reg.

Data Compilazione

Vaccinazioni eseguite

(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione)

	I dose	II dose	III dose		I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___				
Richiami	___/___/___	___/___/___		MPR	___/___/___	___/___/___	
				morbillo	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	parotite	___/___/___		
Richiami	___/___/___	___/___/___		rosolia	___/___/___		
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___				
Richiami	___/___/___	___/___/___					
epatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___				

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 si comunica che i vs. dati, anche sensibili, saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti connessi ai rapporti contrattuali esistenti. Il mancato conferimento comporta impossibilità di adempiere agli obblighi di legge e contrattuali. I dati potranno essere comunicati agli incaricati al trattamento dei dati per la gestione delle relative pratiche, ai consulenti contabili e fiscali e a tutti gli organi preposti a verifiche e controlli. All'interessato spettano i diritti di accesso di cui all'art. 7. Titolare del trattamento dati: MASTIO Srl, nella persona del legale rappresentante.