



FOTO

Ficha médica Campamento Diabetes PINARILLOS 2024

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

DNI:

Nº Seguridad Social:

DATOS GENERALES DE SALUD

Alergias a medicamentos:

Otras alergias:

Alergias alimenticias:

Intolerancias alimenticias:

¿Vacunación completa? SÍ NO

Otras enfermedades y pautas de medicación: (fármacos y horario)

¿Realiza ejercicio físico? SÍ NO

¿Cuál?

¿Cuántas horas semanales?

DATOS DIABETES

Hospital donde se controla:

Dr/Dra.:

Fecha del Debut:

Último valor HbA1C y fecha:

¿Sabe inyectarse solo/a la insulina?

SÍ NO

¿Sabe contar raciones?

SÍ NO

¿Se hace solo/a las glucemias capilares?

SÍ NO

Lugares de inyección de insulina:

¿Ha tenido Cetoacidosis con ingreso hospitalario en el último año?

SÍ NO

¿Qué motivó la descompensación?

HIPOGLUCEMIAS

¿Cuántas presenta a la semana?

¿Cómo las manifiesta?

¿El niño/a reconoce sus síntomas? SÍ NO

¿Qué alimentos dais en caso de Hipo?



