



AUTORIZACIÓN DE SALIDAS DE CAMPO Y FICHA MÉDICA
KUAYA EXPERIENCE

Nombre del participante: _____

Tipo de documento: TI __ CC __ RC__

Número de documento: _____

Fecha de nacimiento: _____

RH: _____

Dirección de residencia: _____

Nombre de la madre: _____

Número de documento: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____

Número de documento: _____

Correo electrónico: _____

Certifico que conozco el programa de educación experiencial “kuaya” y autorizo a mi hijo (a) para asistir a las salidas de campo programadas.

FICHA MÉDICA

Presenta alergias: si __ no __

Explique cuales:

Presenta enfermedades: si __ no __

Explique cuales:

Toma algún medicamento: si __ no __

Cuál: nombre de medicamento (s) _____

Dosificación (explique detalladamente: duración del tratamiento, vía de administración, recomendaciones para la administración y horario). **Obligatorio: anexas fórmula médica vigente.** _____



Restricciones de dieta:

Cuál:

Otros comentarios a tener en cuenta:

Autorizo que en caso de emergencia se realicen los procedimientos necesarios de primeros auxilios para los cuales están capacitados los miembros del staff, y de ser necesario autorizo el traslado a un centro de salud:

Si ___ no ___.