



Ficha de participante

Información personal, de hábitos y de salud para adaptar tu estadía

Gracias por elegir venir. Esta ficha nos permite conocerte, adaptar la alimentación, el ritmo y las actividades a tu situación, y saber cómo actuar con responsabilidad ante una emergencia. No es una valoración ni una consulta: en El Refugio no diagnosticamos, no recetamos ni sustituimos a tu médico. Cuanto más completa y honesta sea tu información, mejor podremos adaptar tu experiencia. Se maneja con confidencialidad y solo la conoce el equipo coordinador; el equipo de cocina recibe únicamente lo necesario sobre alimentación (alergias y restricciones).

1. Datos personales

Nombre completo			
Fecha de nacimiento		Edad	
Cédula / pasaporte		Nacionalidad	
Estado civil		Ocupación	
Dirección			
Teléfono / WhatsApp		Correo electrónico	
Programa o actividad a la que vienes		Fechas de estadía	
Estatura		Peso	

2. Contacto de emergencia

Nombre completo		Parentesco	
Teléfono		Correo electrónico	
Médico tratante (opcional)		Teléfono del médico (opcional)	

¿Cuentas con seguro médico vigente? (muy recomendado; cada participante asume sus gastos médicos)	☐ Sí	☐ No
---	-----------------------------	-----------------------------

¿Vienes con un acompañante? Nombre y parentesco: _____	☐ Sí	☐ No
---	-----------------------------	-----------------------------

3. Tu deseo y tu expectativa al venir

Cuéntanos con tus palabras: ¿cuál es la necesidad o el deseo principal por el que quieres participar?
¿Qué te gustaría vivir, aprender o cambiar? ¿Qué esperas llevarte a casa?

¿Cómo consideras hoy tu calidad de vida?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
En general	☐	☐	☐	☐	☐
Físicamente	☐	☐	☐	☐	☐
Mentalmente	☐	☐	☐	☐	☐
Emocionalmente	☐	☐	☐	☐	☐
Espiritualmente	☐	☐	☐	☐	☐
Socialmente	☐	☐	☐	☐	☐

4. Tus hábitos hoy

Esto nos ayuda a acompañarte desde donde estás, sin juzgar. Marca lo que aplique.

Alimentación · consumes actualmente:

☐	Lácteos y derivados (queso, natilla, mantequilla)	☐	Huevos
☐	Pollo	☐	Carne de res u otras carnes
☐	Pescado o mariscos	☐	Embutidos
☐	Harinas blancas (pan, pastas, repostería)	☐	Azúcar refinada
☐	Gaseosas o jugos embotellados	☐	Confites, golosinas, chocolates
☐	Productos de paquete (galletas, snacks)	☐	Frituras
☐	Café	☐	Té negro/verde, yerba mate o bebidas energéticas
☐	Bebidas alcohólicas	☐	Tabaco o vapeo
☐	Soya	☐	Gluten

Sustancias que consumo actualmente	☐ Ninguna	☐ Alcohol	☐ Tabaco o vapeo	☐ Otras (indica)
Tiempos de alimentación al día	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 o más
Horarios habituales de alimentación				
Desayuno	☐ Abundante	☐ Moderado	☐ Poco o no desayuno	
Almuerzo	☐ Abundante	☐ Moderado	☐ Poco	
Cena	☐ Abundante	☐ Moderada	☐ Liviana o no ceno	
Como entre tiempos de alimentación	☐ No	☐ Sí, 1–2 veces al día	☐ Sí, 3 o más veces	
Vasos de agua al día				
Tomo líquidos con los alimentos	☐ Sí	☐ No	☐ A veces	

Movimiento, sol y descanso

Ejercicio	☐ No hago	☐ 1–2 veces por semana	☐ 3 o más veces por semana
Tipo de ejercicio			
Exposición diaria al sol (horas / minutos)			
Horas de sueño y hora en que me acuesto			
Duermo bien	☐ Sí	☐ No	☐ A veces

Resfríos o gripes al año	
Horas diarias de celular, redes o TV	

Hábitos de fe y crecimiento espiritual

Oración diaria	☐ Sí	☐ No	☐ A veces
Lectura bíblica diaria	☐ Sí	☐ No	☐ A veces
Tiempo diario aproximado dedicado a oración y lectura			
Perdono con facilidad	☐ Sí	☐ Me cuesta	☐ No

Un día habitual de alimentación

Escribe lo que comes y bebes normalmente en un día común, con cantidades aproximadas y horas. Si tu fin de semana es distinto, anótalo en la última fila.

Momento	Qué comes y bebes	Cantidad aprox.	Hora
Al despertar			
Desayuno			
Media mañana			
Almuerzo			
Media tarde			
Cena			
Antes de dormir			
Fin de semana o días especiales			

Alimentos o platillos que más se repiten en tu semana	
Alimentos que evitas o no toleras	
¿Quién cocina en casa? ¿Comes fuera con frecuencia?	

Tus hábitos en los últimos 10 años

Muchas personas cambian sus hábitos poco antes de venir. Para acompañarte bien necesitamos conocer también cómo vivías antes. Describe brevemente cómo eran tus hábitos en cada etapa.

Hábito	Hace 10 años	Hace 5 años	Último año
Alimentación			
Agua y bebidas			
Ejercicio y actividad			
Sueño y descanso			
Trabajo, estrés y ritmo de vida			
Alcohol, tabaco u otras sustancias			
Peso aproximado			
Vida espiritual			

¿Qué cambios has hecho en los últimos 6 meses y por qué?	
¿Hubo algún evento importante (enfermedad, duelo, mudanza, cambio de trabajo) que cambiara tus hábitos? ¿Cuándo?	

5. Información de salud

Marca lo que has tenido (pasado) o tienes (presente) y agrega el detalle que consideres útil. Esta información nos sirve únicamente para no proponerte nada que pueda perjudicarte, adaptar la alimentación, las caminatas, el río y el ritmo del día, y actuar bien ante una emergencia.

¿Ha habido algún cambio en tu estado general de salud en el último año? ¿Cuál? _____	☐ Sí	☐ No
---	-----------------------------	-----------------------------

¿Estás actualmente en control médico por alguna condición? ¿Cuál? _____	☐ Sí	☐ No
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Has tenido alguna enfermedad seria? ¿Cuál y cuándo? _____	☐ Sí	☐ No
---	-----------------------------	-----------------------------

Fecha del último chequeo médico	
---------------------------------	--

Sistema cardiovascular

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Hipertensión arterial	☐	☐	
Presión baja	☐	☐	
Ataque cardíaco / infarto	☐	☐	
Angina o dolor en el pecho	☐	☐	
Arritmia o palpitaciones	☐	☐	
Soplo cardíaco	☐	☐	
Insuficiencia cardíaca	☐	☐	
Enfermedad arterial coronaria / arterioesclerosis	☐	☐	
Cardiopatía congénita	☐	☐	
Cirugía cardíaca	☐	☐	
Marcapasos	☐	☐	
Derrame o accidente cerebrovascular	☐	☐	
Trombosis	☐	☐	
Várices	☐	☐	
Adormecimiento de manos o pies	☐	☐	
Colesterol o triglicéridos altos	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Sistema respiratorio

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Asma	☐	☐	
Enfisema / EPOC	☐	☐	
Bronquitis	☐	☐	
Neumonía	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	
Tos crónica	☐	☐	
Falta de aire o dificultad para respirar	☐	☐	
Dolor al respirar	☐	☐	
Dificultad para respirar al acostarse	☐	☐	
Sinusitis o problemas nasales	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Huesos, músculos y articulaciones

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Osteoporosis	☐	☐	
Artritis (dolor / inflamación / rigidez)	☐	☐	
Reumatismo	☐	☐	
Fibromialgia	☐	☐	
Deformidad en articulaciones	☐	☐	
Debilidad o calambres musculares	☐	☐	
Ciática	☐	☐	
Túnel carpiano	☐	☐	
Espolón / tendón de Aquiles	☐	☐	
Afección de columna	☐	☐	
Afección de cadera	☐	☐	
Afección de rodillas	☐	☐	
Fracturas o lesiones recientes	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Sistema digestivo

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Dolor abdominal	☐	☐	
Gastritis	☐	☐	
Reflujo	☐	☐	
Hernia hiatal	☐	☐	
Úlceras	☐	☐	
Colitis	☐	☐	
Estreñimiento	☐	☐	
Diarrea frecuente	☐	☐	
Gases / inflamación	☐	☐	
Sangre en heces	☐	☐	
Hemorroides	☐	☐	
Hígado (hepatitis, hígado graso, otra)	☐	☐	
Vesícula / cálculos	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Sistema urinario y renal

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Dolor o ardor al orinar	☐	☐	
Sangre en orina	☐	☐	
Orinar con mucha frecuencia (día / noche)	☐	☐	
Sensación de no vaciar la vejiga	☐	☐	
Incontinencia	☐	☐	
Infecciones urinarias frecuentes	☐	☐	
Cálculos renales	☐	☐	
Insuficiencia renal / diálisis	☐	☐	
Próstata (hombres)	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Sistema nervioso y salud mental

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Epilepsia o convulsiones	☐	☐	
Desmayos	☐	☐	
Mareos o vértigo	☐	☐	
Dolores de cabeza frecuentes / migraña	☐	☐	
Neuropatía	☐	☐	
Parálisis o debilidad	☐	☐	
Pérdida de memoria	☐	☐	
Problemas de coordinación	☐	☐	
Ansiedad	☐	☐	
Depresión	☐	☐	
Ataques de pánico	☐	☐	
Trastorno alimentario (anorexia, bulimia, otro)	☐	☐	
Trastorno del sueño / insomnio	☐	☐	
Otro diagnóstico psiquiátrico o psicológico	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Endocrino, sangre y otras

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Diabetes (tipo, ¿usa insulina?)	☐	☐	
Prediabetes / resistencia a la insulina	☐	☐	
Tiroides (hipo / hiper / otra)	☐	☐	
Anemia	☐	☐	
Transfusiones de sangre	☐	☐	
Moretes con facilidad / sangrado	☐	☐	
Glaucoma u otros problemas de visión	☐	☐	
Problemas de oído	☐	☐	
VIH / SIDA	☐	☐	
Enfermedad autoinmune (¿cuál?)	☐	☐	
Sobrepeso u obesidad	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Cáncer, cirugías e implantes

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Cáncer (tipo)	☐	☐	
Quimioterapia	☐	☐	
Radioterapia	☐	☐	
Yodo radiactivo	☐	☐	
Trasplante (¿cuál?)	☐	☐	
Cirugías (¿de qué?)	☐	☐	
Órganos removidos (¿cuáles?)	☐	☐	
Implantes: válvula, marcapasos, cadera, rodilla, otro	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Alergias y sensibilidades

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Alergia a alimentos (¿cuáles?)	☐	☐	
Alergia a medicamentos (¿cuáles?)	☐	☐	
Alergia a picaduras de insectos	☐	☐	
Alergia ambiental (polvo, polen, humedad)	☐	☐	
Alergia al látex u otras	☐	☐	
Intolerancia al gluten / celiaquía	☐	☐	
Intolerancia a la lactosa u otra	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Dependencias

Condición	Pasado	Presente	Detalle
Alcohol	☐	☐	
Tabaco (fuma / masca / vapea)	☐	☐	
Medicamentos (tranquilizantes, analgésicos, otros)	☐	☐	
Otras sustancias (¿cuáles?)	☐	☐	
Estoy o he estado en tratamiento por adicciones	☐	☐	
Otra (indica)	☐	☐	

Solo para mujeres

Embarazo	☐ No	☐ Sí (semanas: _____)	☐ Posiblemente
Lactancia	☐ No	☐ Sí	
Embarazos / partos / pérdidas	_____ / _____ / _____		
Menstruación	☐ Regular	☐ Irregular	☐ Con dolor intenso ☐ Requero reposo en cama
Fecha del último periodo			
Menopausia	☐ No	☐ Sí, desde _____	
Último Papanicolaou / chequeo de mamas	_____ / _____		

Padeces alguna otra condición o situación no mencionada que consideres importante

6. Medicamentos, suplementos y cuidados actuales

Recuerda traer cantidad suficiente para toda tu estadía, con su receta. En El Refugio no modificamos, suspendemos ni sustituimos ningún medicamento; cualquier cambio lo decides únicamente con tu médico.

Marca lo que usas actualmente

☐	Medicamentos para la presión arterial	☐	Medicamentos para el corazón
☐	Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)	☐	Insulina
☐	Medicamentos orales para la diabetes	☐	Medicamentos para la tiroides
☐	Medicamentos para el colesterol	☐	Antibióticos
☐	Analgésicos o antiinflamatorios (aspirina, ibuprofeno, otros)	☐	Esteroides (cortisona u otros)
☐	Tranquilizantes, antidepresivos o para dormir	☐	Medicamentos para epilepsia o convulsiones
☐	Inhaladores	☐	Anticonceptivos u hormonas
☐	Vitaminas o suplementos	☐	Hierbas o remedios naturales
☐	Otro medicamento con receta	☐	Otro medicamento sin receta

Nombre del medicamento o suplemento	Dosis	Horario	¿Para qué lo tomas?	
¿Necesitas apoyo para desplazarte, para escaleras o para caminar en terreno irregular?			☐ Sí	☐ No
¿Necesitas condiciones especiales para tus medicamentos (refrigeración, horarios fijos, aplicación)? ¿Cuáles? _____			☐ Sí	☐ No
¿Sigues alguna dieta especial por indicación médica? ¿Cuál? _____			☐ Sí	☐ No
¿Hay actividades físicas que tu médico te haya indicado evitar? ¿Cuáles? _____			☐ Sí	☐ No
¿Sabes nadar? (menores de edad y quienes no saben nadar usan chaleco salvavidas siempre)			☐ Sí	☐ No
¿Requieres acceso rápido a un servicio médico por alguna condición? ¿Cuál? _____			☐ Sí	☐ No

7. Algo más que quieras contarnos

¿Ha participado antes algún familiar tuyo en El Refugio? ¿Hay algo de tu historia o de tu familia que nos ayude a acompañarte mejor?

8. Declaración

Declaro que la información anterior es verdadera y completa según mi conocimiento, y me comprometo a informar al equipo si algo cambia antes o durante mi estadía. Entiendo que El Refugio la utiliza únicamente para adaptar mi experiencia y actuar ante una emergencia, que se maneja con confidencialidad y que puedo solicitar su corrección o eliminación cuando lo desee.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

En caso de menores de edad, firma el padre, madre o encargado legal, quien acompaña al menor durante toda la estadía.

Nombre y cédula del encargado: _____ Firma: _____

Para uso del equipo	Fecha de recepción: _____ Revisado por: _____ Notas para cocina / actividades: _____
---------------------	--