

FICHA DE SALUD - COLONIA DE VACACIONES 2020



A - CONDICION DE SALUD

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: / / _____ Edad: _____

Peso: _____ Kg. Talla: _____ Teléfonos: _____

Mail: _____

B.1 - DATOS A COMPLETAR

Información de salud necesaria (marcar con una cruz las respuestas positivas)

Asma	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos	<input type="checkbox"/>
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Celiaquismo	<input type="checkbox"/>	Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>

B.2 - ANTEDECENTES

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SI ¿cuál? _____

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

NO SI ¿Por qué? _____

B.3 - ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

En caso afirmativo, describa manifestaciones: _____

La alergia se debe a: _____ No sabe

¿Recibe tratamiento permanente? NO SI ¿Cuál? _____

C - TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Medicación/dosis
¿Quirúrgicos?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
¿Presenta alguna limitación física?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

Si contestó positivamente alguna de las 3 opciones anteriores, detalle el caso: _____

D - SI EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD

Avisar al Médico:	Nombre y Apellido		
	Dirección:	Teléfono:	
Avisar al Familiar:	Nombre y Apellido		
	Dirección:	Teléfono:	
	Parentesco:		
Avisar al Familiar:	Nombre y Apellido		
	Dirección:	Teléfono:	
	Parentesco:		

Firma, aclaracion y DNI de las madres, padres, tutores del niño

Fecha:

Los datos consignados en las presente planilla son ciertos y somos responsables de los mismos.
Dejo constancia que los datos completados son ciertos y el niño/a se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad

Firma del medico: _____