

Ficha médica

Colonia Almafuerite 2019

■ **Importante.** A completar y firmar por medico en conjunto con la familia.

Nombre y Apellido:

Cobertura Médica: Si No Entidad:

Nº de Afiliado: Grupo Sanguíneo:

Grupo /Nivel: Edad:

Teléfono fijo: Teléfonos alternativos:

Celular mamá / papá: Celular mamá / papá:

Nombre, apellido y teléfonos del pediatra:

Grado de protección solar:

Teléfono de Emergencias:

■ Indicaciones especiales

Su hijo/a tiene un régimen especial de comidas?

Su hijo/a tiene asma/fatiga?

Su hijo/a tiene afecciones cardíacas?

Su hijo/a es alérgico?

Su hijo/a toma algún medicamento?

Su hijo/a toma Ibupiretas / Ibuprofeno?

Su hijo/a tiene afecciones respiratorias?

Su hijo/a tiene alteraciones a la presión arterial?

Su hijo/a tiene afecciones osteomusculares?

Su hijo/a tiene frecuentes hemorragias nasales?

Su hijo/a tiene convulsiones o desmayos?

Su hijo/a tiene dada la vacuna antitetánica /fecha? Si No Fecha:

Su hijo/a sabe nadar?

Su hijo/a practica algún deporte?

Su hijo/a utiliza ortodoncia? Si No Lleva los aparatos?

Su hijo/a utiliza anteojos? Si No Los lleva?

Su hijo/a ha tenido otros tratamientos no especificados aquí? Cuáles?

.....

Describe el comportamiento emocional de su hijo/a en los últimos meses:

.....

.....

■ Operaciones / Traumatismos / Enfermedades Infectocontagiosas

Descripción:

Fecha: / /

Observación / Evolución Actual:

.....

Datos de interés que desee agregar:

.....

■ En caso de Emergencias

Centro médico de traslado:

Domicilio:

Teléfonos en caso de emergencia:

.....

Declaro que los datos consignados son correctos no habiéndose omitido información de importancia.

Autorizo a mi hijo/a

a recibir, de resultar ello necesario, asistencia médica y/o primeros auxilios a través del médico del turno de Colonia/Campamento

.....
Firma y Aclaración del adulto responsable

.....
DNI

Nombre y Apellido del médico:

Nº de Matrícula:

Especialidad

.....
Firma y sello del profesional