



Ficha médica

Colonia Zumerland Enero 2019

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

Nombre y Apellido:
Cobertura Médica: Si No Entidad:
N° de Afiliado: Grupo Sanguíneo:
Grupo /Nivel: Edad:
Teléfono fijo: Teléfonos alternativos:
Celular mamá / papá: Celular mamá / papá:
Nombre, apellido y teléfonos del pediatra:
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:

■ En caso de Emergencias

Centro medico 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

.....
DNI

Nombre y Apellido del médico:

Nº de Matrícula.:

Especialidad

.....
Firma y sello del profesional