



# Ficha médica

## Colonia Zumerland Febrero 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 cardiacas? .....

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