COLONIA DE VACACIONES **2025 - 2026**

FICHA MÉDICA

Fecha.../.../....

DATOS DEL NIÑO/NIÑA

Apellido y Nombres.....

DNI N°: ..... Fecha de nacimiento...../...../.....

Domicilio: ..... Barrio.....

Teléfono: .....OBRA SOCIAL.....GRUPO SANGUINEO .....

ANTECEDENTES PERSONALES

(Tache lo que no corresponda. Escriba en la línea punteada las aclaraciones)

DIABETES NO SI

Insulino dependiente.....

Hipoglumiante oral.....

CARDIOLÓGICOS

Infarto NO SI

Soplos NO SI

ASMÁTICO NO SI

TRAUMATOLÓGICOS

¿Tuvo fracturas? NO SI

¿Cuáles?.....

¿Dónde?.....

QUIRÚRGICOS NO SI

¿Qué cirugías?.....

Antecedentes transfusionales

¿Recibió transfusión de sangre? NO SI

¿Por qué?.....

ALÉRGICOS NO SI

¿A qué?.....

DISRRITMIA (EPILEPSIA) NO SI

OJOS

¿Usa lentes de contacto? NO SI

BOCA

Prótesis dental NO SI

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

¿Toma algún medicamento? NO SI
¿Cuál?.....
¿Qué dosis?.....
¿Desde cuándo?.....

¿REALIZA ACTIVIDAD FISICA? NO SI
¿CUÁL?:.....

Aclaraciones u observaciones. Indique alguna información que considere de importancia para el trabajo de los docentes en la Colonia de Vacaciones:
.....
.....
.....
.....
.....

Padre/madre/responsabe

Firma.....
Aclaración.....
Dirección .....
Teléfono .....

Médico:

Firma y Sello .....