

Secretaría de Interior

COLONIA INFANTIL

FICHA MÉDICA

Colono Apellido y Nombre: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Teléfono/s en caso de urgencia: _____

Obra Social OSSEG N°: _____ Af. al Sindicato N°: _____

Nombre y apellido de la madre: _____ Nombre y apellido del padre: _____

Teléfono particular: _____ Tel. laboral (padres): _____

Número de Solicitud _____ EMPRESA _____

1) Escriba las enfermedades que requirieron atención médica, incluyendo internaciones y/o cirugías, en los últimos 12 meses.

2) ¿Está actualmente bajo cuidado médico y por qué motivo?

¿Es Celíaco? SI NO ¿Es Diabético? SI NO ¿Es Epiléptico? SI NO ¿Cardiopatías? SI NO **3)** Escriba los medicamentos que actualmente está tomando:

4) Alergias actuales a alimentos, insectos, medicamentos:

5) Cumplimiento de las inmunizaciones de la edad. SI NO **6)** ¿Ha tenido mononucleosis? SI NO ¿Cuándo? _____**7)** ¿Ha tenido Hepatitis? SI NO ¿Cuándo? _____**8)** ¿Ha tenido Sarampión? SI NO ¿Cuándo? _____**9)** ¿Ha tenido Varicela? SI NO ¿Cuándo? _____**10)** ¿Se aplicó la vacuna antitetánica? SI NO ¿Cuándo? _____**11)** NIÑAS: ¿Se ha producido la menarca? SI NO ¿Cuándo? _____**12)** ¿Realiza tratamiento psiquiátrico / psicológico / psicopedagógico? Indicar diagnóstico y tratamiento

AUTORIZACIÓN

Dejo constancia que todos los datos que anteceden son verdaderos y tienen valor de declaración jurada.

Autorizo expresamente para que a mi hijo/a _____

se le brinden todos los tratamientos necesarios durante su estadía en la Colonia, en patologías que signifiquen un riesgo para su estado de salud y que por su naturaleza sea indispensable actuar de urgencia.

Firma del padre / madre / tutor: _____ Aclaración: _____

OBLIGATORIO

N° CUIL: _____

Tipo y N° de documento: _____

CERTIFICADO MÉDICO

Apellido y Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Certifico, luego del examen médico, que la/el niña/o se encuentra apta/o para participar de las actividades de la colonia, gimnásticas y deportivas.

Señalar las actividades que el niña/o **no pueda** realizar exclusivamente por prescripción médica.

Fecha _____

Firma y sello _____