

COLONIA de VACACIONES 2019

VIAJE DE COLONIA PARA NIÑOS DE 6 A 14 AÑOS					
FICHA DE ORIENTACIÓN MÉDICA				FECHA	___/___/___
APELLIDO Y NOMBRES (completos):					
DNI:		FECHA DE NACIMIENTO:			
Nº DE AFILIADO SATSAID:		EDAD:	TELÉFONO:		
DIRECCIÓN:					
OBRA SOCIAL:		Nº AFILIADO O.S.:			
INFORMACIÓN DE PADRE Y MADRE O TUTOR:					
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE:			DNI:		
DOMICILIO:			TEL:		
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:			DNI:		
DOMICILIO:			TEL:		
EN CASO DE NECESIDAD COMUNICARSE CON:					
NOMBRE:		VINCULO:	TELÉFONO:		
NOMBRE:		VINCULO:	TELÉFONO:		
NOMBRE:		VINCULO:	TELÉFONO:		
NOMBRE:		VINCULO:	TELÉFONO:		
INDIQUE SI PADECE ALGUNA DE ESAS AFECCIONES (complete el siguiente cuadro)					
AFECCIÓN	COMPLETE SI / NO	INDIQUE CUÁL EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE			
RESPIRATORIA		¿CUÁL?			
CARDÍACA		¿CUÁL?			
HIPERTENSIÓN HIPOTENSIÓN		¿CUÁL?			
RENAL		¿CUÁL?			
CONVULSIONES		OBSERVACIONES			
EPILEPSIA		OBSERVACIONES			
DIABETES		OBSERVACIONES			
HIPERTIROIDISMO HIPOTIROIDISMO		¿CUÁL?			
DE COLUMNA VERTEBRAL		¿CUÁL?			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS)		¿CUÁL?		¿CUÁNDO?	
ASMA		¿CUÁL?			
ALERGIAS		¿CUÁL?			
TOMA ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA PERMANENTE		¿CUÁL?			
PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA - CONTAGIOSA EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS		¿CUÁL?		FECHA DE ALTA:	
ESCRIBA A CONTINUACIÓN CUALQUIER INDICACIÓN NECESARIA QUE ESTIME DEBA CONOCER EL PERSONAL DE LA COLONIA					
EN CASO DE DECLARAR ALGUNA PATOLOGÍA DEBERÁ PRESENTAR CONJUNTAMENTE CON ESTE FORMULARIO, EL CERTIFICADO MÉDICO QUE AVALE LA AFECCIÓN CONSIGNADA, INDICANDO SI EN VIRTUD DE LA MISMA, SU HIJA/O SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.					
ES OBLIGATORIO TRAER FOTOCOPIA DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN Y CERTIFICADO DE APTO FÍSICO					
LOS DATOS AQUÍ VERTIDOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. POR LA PRESENTE DECLARO EXPRESAMENTE Y BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE MI HIJA/O SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD EN LA CUAL LO INSCRIBO. SI FUESE NECESARIO AUTORIZO A ACTUAR, SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE PROCEDAN EN EL MOMENTO.					
FIRMA		ACLARACIÓN		DNI	