Colonia de verano 2027

F I C H A M É D I C A

Fecha / / Grupo sanguíneo: .....

Apellido y nombre (colono/a): ..... DNI: .....

Fecha nacimiento: .... / .... / ..... Sala o grado que cursará en 2027: .....

Obra social: ..... Posee CUD: .....

Apellido y nombre titular afiliado/a: .....

DNI: ..... Afiliado Nº ..... Teléfono: .....

REQUISITO PARA LA INSCRIPCIÓN A LA COLONIA 2027

Colonos/as nacidos a partir del 1/7/2013 hasta el 30/6/2022

A completar por el/la adulte responsable

Nació de parto normal SI / NO

¿Posee CUD? SI / NO

Si la respuesta es SÍ, comente resumidamente las circunstancias

VACUNACIONES

B.C.G. SI / NO

Triple SI / NO

Sabín SI / NO

Antisarampionosa SI / NO

Doble SI / NO

Refuerzo antitetánica SI / NO

Covid19 1º dosis SI / NO / 2º dosis SI / NO

3º dosis SI / NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión SI / NO

Varicela SI / NO

Rubeola SI / NO

Escarlatina SI / NO

Conqueluche (Tos convulsa) SI / NO

Paroditis (Paperas) SI / NO

Otras: .....

Hepatitis SI / NO

A completar por el/la médico/a

Talla: cm Peso: Kg.

SEMIOLOGÍA

(Consigne solo los datos positivos)

Aparato respiratorio: .....

APARATO CARDIORESPIRATORIO

Pulso: .... Tensión arterial: .....

Auscultación: .....

Aparato digestivo: .....

Osteoarticular: .....

Postura: .....

Pie (plano, cavo, talo, valgo): .....

Columna .....

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos SI / NO

Otros datos a consignar: .....

EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias: SI / NO

Caries: SI / NO

CAPITAL FEDERAL BENEFICIOS

Colonia de verano 2027

F I C H A M É D I C A

A completar por el/la adulte responsable

Enfermedades alérgicas **SI / NO**

Si la respuesta es SI:
> A medicamentos
> A comidas
> A Picaduras
> Otros (especificar): .....

¿Toma medicamentos? **SI / NO**
(Indicar nombre, dosis, vía y horario)

¿Realiza algún tratamiento médico o psicológico? **SI / NO**
Detalle .....

¿Presenta algún tipo de dificultad o enfermedad actualmente?

Restricción alimentaria **SI / NO**

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración .....
Vínculo .....

A completar por el/la médico/a

Indique algún dato positivo resultante de la revisación clínica: .....

Firma y sello del médico

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración .....
Vínculo .....

La presente reviste carácter de Declaración Jurada

CAPITAL FEDERAL BENEFICIOS