FICHA DE SALUD COLONIA AGOEC 2022

Nombre y Apellido	
Dirección	
Fecha Nac.	DNI
Cel. Mama	Cel. Papa

Se encuentra padeciendo procesos inflamatorio o infecciosos **(si o no)**

Padece alguna de estas enfermedades	Diabetes		Cardiopatías congénitas	
	Hipertensión		Cardiopatías infecciosas	
	Asma		Hernias inguinales, cúrales	
	Epilepsia		Alergias	
Ha padecido en fecha reciente	Hepatitis (60 días)		Mononucleosis infecciosa (30 días)	
	Sarampión (30 días)		Luxaciones de tobillos hombro y muñeca	
	Parotiditis (30 días)		Esguinces	
Alguna otra situación particular determinada por el medico Cual?				
Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales				
Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control medico				
Tiene algún tipo de alergia? Describa sus manifestaciones				
Presenta limitación física?				

EN CASO DE INFORMAR ALGO QUE CREA IMPORTANTE ESPECIFIQUE

_____

_____

_____

En caso de Emergencia avisar a:

Nombre: **Parentesco:** **Teléfono:**

Vacuna Covid: SI/NO ¿Cuántas Dosis? 1 2 3

¿Posee cobertura Médica? ¿Cuál? N° Afiliado:

En caso de accidente o cualquier otro acontecimiento ocurrido durante la colonia, autorizo al inst. a trasladar al niño/a al centro asistencial que considere conveniente.

TENIENDO CONOCIMIENTO DEL ESTADO PSICOFISICO DE MI HIJA/O AUTORIZO AL MISMO A REALIZAR ACTIVIDADES DE LA COLONIA DE VACIONES

_____ _____

FIRMA NOMBRE Y APELLIDO