

COLONIA DE VACACIONES 2024

FICHA DE ANTECEDENTES SANITARIOS

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO: FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....

D.N.I.: SEXO: DOMICILIO:

TEL.: CEL:

NOMBRE Y TEL. FLIAR/TUTOR EMERGENCIA:

EDAD: PESO: ALTURA: CIRCUNF. CINTURA (mayors de 8 años): GPO. SANGUINEO:

COBERTURA OBRA SOCIAL: SI/NO ¿Cuál? Nº AFILIADO: TEL. EMERG.OBRA SOCIAL:

ESCUELA Nº D.E.Nº NOMBRE ESCUELA:

DOMICILIO DE LA ESCUELA:

ES IMPRESCINDIBLE COMPLETAR ESTA PLANILLA PARA EL INGRESO A LA COLONIA

Marcar con una X si presentó alguna de estas enfermedades.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fractura - Esguinces | <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales - Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Anemia - Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Inflamación Articular - Artritis | <input type="checkbox"/> Síndrome Urémico Hemolítico - Diabétes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiróides |
| <input type="checkbox"/> Miastenia Enfermedad Muscular | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Hipertención Arterial | <input type="checkbox"/> ¿Usa Anteojos? |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> ¿Usa Audifonos? |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis a Repetición | <input type="checkbox"/> Enfermedada de Chagas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Piel (Eczemas - Dermatitis) |
| <input type="checkbox"/> Neumonía -Neumotorax Espont. | <input type="checkbox"/> Soplos Cardíacos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis - Contactp Familiar TBC |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas a Repet. | <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas - Síncope | <input type="checkbox"/> ¿Consume Alcohol? (edad de inicio) |
| <input type="checkbox"/> Varicela - Rubeóla | <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez perdio el conocimiento? | <input type="checkbox"/> ¿Consume Tabaco? (edad de inicio) |
| <input type="checkbox"/> Paperas - Tos Convulsa | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> ¿Toma Remedios? (medicacion habitual) |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis Infecciosa | <input type="checkbox"/> Dolor Toráxico - Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Alérgico a: Picaduras de Insectos - Polen - Medicamentos - Remedios para la firbre |
| <input type="checkbox"/> reflujo Gastroesofag. Actual | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza - Mareos | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Celiaco | | |

Marcar con una X la opción correcta

Si No ¿El niño posee algún familiar sanguíneo directo, fallecido antes de los 50 años? (no incluir accidentes)

Si No ¿El niño posee algún familiar (grupo social de convivencia), fallecido en el último año?

Si No ¿El niño posee algún familiar directo, con infarto antes de los 55 años?

Si No ¿El niño o algún familiar sanguíneo, presenta antecedentes cardiológicos: Enferm. de Wolf, Parkinson, White, QT Largo, Miocardiopatía Hipertrófica, Displasia Arritmogénica de Ventrículo, Etc.?

Si No ¿El niño sufre agotamiento o desmayo por el calor?

Si No ¿El niño sufre mayor cansancio que sus compañeros en la actividad física?

Si No ¿El niño sufre hipotermia en el agua fría?

Si No ¿El niño realizó sus clases de educación física escolar, durante el año 2024?

Si No ¿ El niño presenta alguna alergia alimentaria?

Si No ¿ Posee carnet de vacunación?

¿Cuál?

Si No ¿ El niño recibe diariamente alguna medicación?

¿Cuál?

Autorizo a realizar todos los controles en salud, necesarios para el buen funcionamiento de la colonia (incluido vacunas).

Los alumnos de escuelas de C.A.B.A. (escuelas públicas): para inscribirse es imprescindible adjuntar fotocopia (de ambos lados) de libreta de salud escolar.

Los alumnos de escuelas Privadas: deberán adjuntar fotocopia de carnet de vacunas actualizado.

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE LAS RESPUESTAS DADAS AL PRESENTE FORMULARIO

Lugar y Fecha:/...../.....

.....
Firma, Aclaración y DNI del Padre. Madre o Tutor



FICHA PSICO SANITARIA

Marcar con una x la opción correcta

Su Hijo Esta Recibiendo:

	Anterior		Actual	
Tratamiento Psicológico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamiento Psicopedagógico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamiento Psiquiátrico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tratamiento Fonoaudiológico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Por favor solicitar a los profesionales, el diagnóstico y si toma medicación, cuáles:

.....

.....

.....

Su Hijo:

- ¿Necesita tratamiento con terapeuta ocupacional? SI NO
- ¿ Realizó estimulación temprana durante el primer año de vida? SI NO
- ¿Presenta problemas de atención en la escuela? SI NO
- ¿Presenta problemas de conducta en la escuela? SI NO
- ¿El niño concurre a una escuela de recuperación? SI NO
- ¿El niño concurre a la escuela acompañado con maestra integradora? SI NO
- ¿Su hijo/a esta en condiciones de ingresar al natatorio? SI NO

Aclaraciones:

.....

.....

.....

Declaro conocer y aceptar el sistema de inscripción de la colonia y autorizo al aquí inscripto a participar de las actividades del programa dentro y fuera del predio, como así también presto consentimiento a que el GBCA publique imágenes que obtenga del participante en el marco de las actividades del programa con el objeto de ser reproducido y/o publicado exclusivamente con la finalidad de promover las actividades físicas, deportivas, recreativas, sociales y culturales, y fomentar los hábitos saludables, la equidad e inclusión social.

Lugar y Fecha:/...../.....

.....
Firma, Aclaración y DNI del Padre. Madre o Tutor