

Colonia Deportiva de Vacaciones 2024 Para Adaptados

DATOS DEL COLONO

APELLIDO y NOMBRE:.....FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....
D.N.I.:..... DOMICILIO:.....
LOCALIDAD:.....C.P.:.....T.E.:.....CEL:.....
DIAGNOSTICO:.....TIPO DE DISCAPACIDAD:.....
OBRA SOCIAL:.....Nº AFILIADO:.....

DATOS DE LOS PADRES o ADULTOS RESPONSABLES EN CASO DE NO CONVIVIR CON ELLOS

APELLIDO y NOMBRE:.....D.N.I.:.....
DOMICILIO:.....CELULAR/TELEFONOS:.....

ANTECEDENTES PERSONALES (marcar con una X la opción correcta)

ALERGIAS SI NO - ESPECIFICAR A QUE:.....
SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO SI NO ¿CUAL?.....
¿TOMA ALGUNA MEDICACION? SI NO ESPECIFICAR:.....
MEDICACION:..... DOSIS:..... HORARIO:.....
MEDICACION:..... DOSIS:..... HORARIO:.....
MEDICACION:..... DOSIS:..... HORARIO:.....
MEDICACION:..... DOSIS:..... HORARIO:.....
ANTECEDENTES DIABETICOS SI NO.....
ANTECEDENTES QUIRURGICOS SI NO.....
ANTECEDENTES CARDIOLOGICOS SI NO.....
ANTECEDENTES RESPIRATORIOS (asma, broncoespasmo, etc) SI NO.....
ANTECEDENTES NEUROLOGICOS (convulsiones, epilepsia, etc) SI NO.....
ANTECEDENTES PSICOLOGICOS (alteraciones de conducta) SI NO.....

ENFERMEDADES PADECIDAS (adjuntar fotocopias de vacunación completa) - (marcar con una x la opción correcta)

SARAMPION SI NO TOS CONVULSA SI NO MENINGITIS SI NO
HEPATITIS SI NO PAROTIDITIS SI NO RUBEOLA SI NO
VARICELA SI NO

DATOS QUE CONSIDERE IMPORTANTE AGREGAR:

AUTORIZACION

Por la presente autorizo a las autoridades de la colonia, que en el caso de accidente sufrido a mi hijo/a.....
será trasladado al hospital municipal más cercano, decidiendo sus padres o tutores a partir de allí, la derivación del mismo.

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

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