

COLONIA DE VACACIONES 2025

FICHA DE ANTECEDENTES SANITARIOS

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

D.N.I.: SEXO: DOMICILIO:

NOMBRE Y TEL. FLIAR/TUTOR EMERGENCIA:

TEL.: E-MAIL:

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

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

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"/> Hipertensión 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"/> Enfermedad 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 perdió 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? (medicación habitual) |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis Infecciosa | <input type="checkbox"/> Dolor Torácico - Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Alérgico a: Picaduras de Insectos - Polen - Medica-
mentos - 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?

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿ Realizó estimulación temprana durante el primer año de vida?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Presenta problemas de atención en la escuela?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Presenta problemas de conducta en la escuela?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿El niño concurre a una escuela de recuperación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿El niño concurre a la escuela acompañado con maestra integradora?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a esta en condiciones de ingresar al natatorio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dietas: por favor, marque esta sección únicamente si su hijo/a necesita una dieta especial :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dieta adecuada gástrica | <input type="checkbox"/> Dieta sin lactosa |
| <input type="checkbox"/> Dieta adecuada intestinal | <input type="checkbox"/> Dieta hipoalérgica |
| <input type="checkbox"/> Dieta adecuada gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Dieta para alergia a la proteína de la leche de vaca |
| <input type="checkbox"/> Dieta hepatoprotectora | <input type="checkbox"/> Dieta hiposódica |
| <input type="checkbox"/> Dieta hipograsa | <input type="checkbox"/> Dieta para insuficiencia renal crónica |
| <input type="checkbox"/> Dieta hipocalórica | <input type="checkbox"/> Dieta blanda mecánica (trastornos en la deglución) |
| <input type="checkbox"/> Dieta para enfermedad celíaca (sin tacc) | <input type="checkbox"/> Otra dieta: especifique la enfermedad y el tipo de dieta |

Una vez confirmada la vacante le solicitaremos el envío por mail del diagnóstico médico firmado por profesional competente que valide esta necesidad.

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

