

COLONIA DE VACACIONES 2021

FICHA DE ANTECEDENTES SANITARIOS

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO: FECHA DE NACIMIENTO:..... /..... /.....
 D.N.I.:..... SEXO: DOMICILIO:
 TEL.: CEL.:
 NOMBRE Y TEL. FLIAR. EMERGENCIA:
 EDAD:..... PESO:.....ALTURA: CIRCUNF. CINTURA (mayors de 8 años): GPO. SANGUINEO:.....
 COBERTURA OBRA SOCIAL: SI/NO ¿Cuál? N° AFILIADO:TEL.....EMERG.OBRA SOCIAL:.....
 ESCUELA..... N° D.E.N° 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.
 En caso de marcar (X) por favor aclarar o ampliar información al dorso de la página

- | | | |
|--|---|---|
| <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 - Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <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 - Rubeola | <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"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> ¿Toma Remedios? (medicacion habitual) |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis Infecciosa | <input type="checkbox"/> Dolor Torácico - 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"/> Celíaco | | |

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 Wol 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?
- Si No ¿El niño realizó sus clases de educación física escolar, durante el año 2020?
- Si No ¿ El niño presenta alguna alergia alimentaria?
- Si No ¿ Posee carnet de vacunación?

¿Cuál?

Si tenés alguna duda podés consultar al pediatra a través de telemedicina

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 diagnostico y si toma medicación, cuales: -----

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 que, ante la presencia de síntomas compatibles con los informados para COVID-19, (temperatura corporal superior a 37.3°C y otros síntomas) no se permitirá el ingreso a las sedes de Colonias de Verano, activándose los protocolos correspondientes del caso.

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

