

Colonia Deportiva de Vacaciones 2021 – Discapacidad

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:.....N° AFILIADO:.....

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

APELLIDO y NOMBRE:.....D.N.I.:.....

DOMICILIO:..... 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 CARDIOLÓGICOS SI NO.....

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS (asma, broncoespasmo, etc) SI NO

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS (convulsiones, epilepsia, etc) SI NO

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS (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.