



**FICHA MÉDICA  
COLONIA DE VERANO**

La presente ficha permite una atención y organización eficiente de los grupos y en caso de ser necesario contar con el respaldo médico. Por lo tanto le solicitamos que responda de forma precisa y veraz. Los datos vertidos en la presente son confidenciales.

**Datos personales**

Nombre y Apellido del niño/a: .....

DNI:                                      Fecha de Nacimiento: / /                                      Edad:

Domicilio:

**En caso de urgencia avisar a**

Contacto 1: Nombre y Apellido: .....

Domicilio:

Teléfonos:                                      Correo electrónico:

Contacto 2: Nombre y Apellido:.....

Domicilio:

Teléfonos

Correo electrónico:

**Restricciones alimentarias**

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? SI                                      NO

Por favor consigne información que considere importante: .....

**Medicamentos**

¿Habitualmente toma algún medicamento? SI                                      NO

¿Cuál/cuáles? .....

¿Por qué?.....

**Ficha de control médico**

Grupo sanguíneo:    RH

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y complete en el caso que corresponda

Patologías / Antecedentes	¿Si?	¿No?	Especifique cuál,
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			Especifique a qué/en que circunstancia
8. Limitaciones para el ejercicio físico			
9. Otras			

Firma y aclaración del padre madre o tutor del niño/niña.....

Fecha: / /

Firma y sello del Médico

Sello Fecha: / /