

COLONIA DE VACACIONES VERANO 2020

FICHA MÉDICA Y APTO FÍSICO

1. Datos Personales del niño/a

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Localidad: _____ Tel.: _____ Cel.: _____

Grupo sanguíneo y RH _____

2. Vacunas

BCG _____ Sí NO

Sabin _____ Sí NO

Triple (DPT) _____ Sí NO

Doble (DT) _____ Sí NO

Antitetánica _____ Sí NO

Antisarampionosa _____ Sí NO

Triple viral _____ Sí NO

Varicela _____ Sí NO

HIB _____ Sí NO

Anti-hepatitis A _____ Sí NO

Anti-hepatitis B _____ Sí NO

Otras (anotar nombre y cantidad de dosis) _____

Anotar si alguna vacuna no se completó _____

ANTECEDENTES

3. Antecedentes personales patológicos (enfermedades padecidas)

3-1 Enfermedades de la infancia _____ Sí NO

Sarampión _____ Sí NO

Rubéola _____ Sí NO

Varicela _____ Sí NO

Paperas _____ Sí NO

Escarlatina _____ Sí NO

Hepatitis _____ Sí NO

Fiebre reumática _____ Sí NO

Glomerulonefritis _____ Sí NO

Otras, especificar _____

3-2 Enfermedades crónicas

- Diabetes _____ SÍ NO
- Asma _____ SÍ NO
- Enfermedades renales _____ SÍ NO
- Enfermedades de la sangre _____ SÍ NO
- Enfermedades reumáticas _____ SÍ NO
- Lupus eritematoso _____ SÍ NO
- Obesidad _____ SÍ NO

3-3 Enfermedades del corazón

- Cardiopatías congénitas (de nacimiento) _____ SÍ NO
- Hipertensión arterial (tensión alta) _____ SÍ NO
- Soplos _____ SÍ NO
- Arritmias _____ SÍ NO
- Mareos o desmayos al hacer ejercicios _____ SÍ NO
- Dolor en el pecho _____ SÍ NO

3-4 Enfermedades respiratorias

- Sinusitis _____ SÍ NO
- Otitis a repetición _____ SÍ NO
- Bronquitis a repetición _____ SÍ NO
- Neumonía _____ SÍ NO
- Derrame pleural _____ SÍ NO
- Neumotórax _____ SÍ NO

3-5 Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones

- Desgarros musculares _____ SÍ NO
- Esguinces _____ SÍ NO
- Roturas de ligamentos _____ SÍ NO
- Fracturas _____ SÍ NO

(Especificar tipo y localización, tiempo de inactividad y si hubo o no rehabilitación)

Cirugías (especificar tipo y localización)

- Problemas en la columna (escoliosis, lordosis, etc.) _____ SÍ NO
- Problemas con los pies (plano, cavo, etc.) _____ SÍ NO

3-6 Enfermedades del sistema nervioso

- Mareos en reposo _____ SÍ NO
- Desmayos en reposo _____ SÍ NO
- Convulsiones _____ SÍ NO
- Convulsiones después de ejercicio _____ SÍ NO
- Traumatismo de cráneo con internación _____ SÍ NO
- TGD (Trastornos generalizado del desarrollo: Autismo, hiperquinesia, etc) SÍ NO

3-7 Enfermedades del aparato digestivo

- Diarrea crónica _____ SÍ NO
- Gastritis _____ SÍ NO
- Úlceras _____ SÍ NO
- Parásitos _____ SÍ NO
- Otras, especificar _____

3- 8 Enfermedades de la piel (especificar).

- 3- 9 Usa prótesis dentales _____ SÍ NO
- Usa aparato de ortodoncia _____ SÍ NO

3-10 Enfermedades de los ojos

- Usa anteojos _____ SÍ NO
- Usa lentes de contacto _____ SÍ NO

3-11 Alergias (especificar) medicamentos, alimentos, picaduras de insectos

Celiaquía _____ SÍ NO

- 3-12 Está tomando medicamentos _____ SÍ NO
- Especificar nombres _____

3-13 Ha estado internado alguna vez _____ SÍ NO

Especificar en caso positivo _____

3-14 Ha sido operado _____ SÍ NO

Especificar causas en caso positivo _____

4. Antecedentes hereditarios (padre, madre, abuelos, hermanos, tíos)

 4-1 Enfermedades del corazón _____ SÍ NO

 4-2 Antecedente familiar por muerte súbita,
en menores de 50 años (sin causa aparente) _____ SÍ NO

 4-3 Hipertensión arterial _____ SÍ NO

 4-4 Asma bronquial _____ SÍ NO
4-5 Enfermedades metabólicas

 Diabetes _____ SÍ NO

 Obesidad _____ SÍ NO

 Colesterol _____ SÍ NO

Otras:

 Alcoholismo _____ SÍ NO

 Tabaquismo _____ SÍ NO

 Adicciones _____ SÍ NO

 4-6 Enfermedades alérgicas _____ SÍ NO
4-7 Enfermedades de la sangre

 Anemia _____ SÍ NO

 Hemofilia _____ SÍ NO

 Leucemia _____ SÍ NO
4-8 Enfermedades del sistema nervioso

 Convulsiones _____ SÍ NO

 Epilepsia _____ SÍ NO

 TGD (Trastornos generalizado del desarrollo: Autismo, hiperquinesia, etc) SÍ NO

Otras _____

OBSERVACIONES

Especificar cualquier alteración no listada

Dejo constancia de que la/el niña/o

 D.N.I.: _____ de _____ años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud física y psíquica para realizar actividades físicas y artísticas acordes con su edad, sexo, estadio madurativo, y bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

Fecha: / / 2019

Firma y sello del Médico