



CABA,.....

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA CAMPAMENTO
Formulario por cumplimentar por el facultativo que atiende al alumno.

Apellido y nombre del alumno:.....

Grado y división:..... Edad:.....

Form with fields: VACUNAS, Antitetánica (SI/NO), Fecha:../../..., Grupo Sanguíneo (Grupo:..., Factor:....), Plan de salud (Obra social o prepaga, N° de afiliado)

Enfermedades, alergias y tratamientos:

- 1) a) ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? (SI/NO) b) ¿Por qué enfermedad?
2) a) ¿Toma actualmente algún medicamento? (SI/NO) b) ¿Cuál? c) ¿Qué dosis y frecuencia diaria?
3) a) ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? (SI/NO) b) ¿Por qué motivo? (diagnóstico)
4) ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar con una X - indicar en qué momento se padecieron)

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include: Alergia ¿cuáles?, Gastritis, Úlcera, Hepatitis, Mononucleosis infecciosa, Sarampión, Parotiditis, Fiebre reumática, Enfermedad de la columna ¿cuál?, Esguinces, Luxaciones

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include: Fracturas ¿cuáles?, Hernias ¿cuáles?, Enfermedades de los pulmones, Enfermedades de los intestinos, Enfermedades renales crónicas, Cólicos renales, Infecciones urinarias, Enfermedades de los huesos, Enfermedad en las articulaciones, Colesterol alto

Table with 3 columns: X, Descripción, Fecha. Rows include: Problemas de alimentación, Diabetes, Convulsiones, Epilepsia, Enfermedades psiquiátricas, Enfermedades cardíacas, Hipertensión arterial, Anemia, Procesos inflamatorios, Procesos infecciosos, Otros: .....

- 5) Padece alguna enfermedad de carácter reservado? (SI/NO) Describir
6) ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica? (SI/NO) Describir (en caso afirmativo adjuntar certificado médico)
7) ¿Está apto para realizar actividades físicas? (SI/NO) Observaciones de interés para los responsables

DECLARO Y AUTORIZO: Los abajo firmantes nos responsabilizamos de la veracidad de los datos en esta ficha, no existiendo otra enfermedad o defecto físico/psíquico que sea incompatible para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana del CAMPAMENTO. Nos comprometemos también a notificar cualquier modificación que ocurra; asimismo autorizamos a que se le brinde atención médica urgente a nuestro/a hijo/a cuando la necesite. El Instituto Santa María no se hace responsable de los datos que no se notifiquen por escrito en esta ficha.

.....
Fecha Firma del padre Firma de la madre Firma y sello del médico