



ESCUELAS DEPORTIVAS RECREATIVAS DE VERANO 2021
FICHA DE SALUD - ADOLESCENTES

DATOS DEL NIÑO/A

APELLIDO Y NOMBRE _____ DNI: _____ EDAD: _____

FECHA NACIMIENTO _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____

En caso de Urgencia avisar a: _____

SANGRE: GRUPO _____ FACTOR: _____ LO DESCONOZCO

COMPLETAR POR LOS PADRES: Encerrar con un Círculo lo que corresponda.

BCG: SI/NO TRIPLE: SI/NO DOBLE SI/NO REFUERZO ANTITETÁNICA:SI/NO ANTISARAMPIONOSA SI/NO

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPIÓN SI/NO VARICELA SI/NO RUBEOLA SI/NO

ESCARLATINA SI/NO TOS CONVULSA SI/NO PAPERAS SI/NO

OTRAS: _____

En caso afirmativo indique con un círculo lo que corresponda y especifique al lado la mayor cantidad de datos posibles: si toma medicación, tiempo de la afección, causa, etc.

DIABETES	SI/NO	
HIPERTENSIÓN	SI/NO	
HEPATITIS	SI/NO	
ALERGIAS	SI/NO	
CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI/NO	
CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS	SI/NO	
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	SI/NO	
PROBLEMAS ÓSEOS	SI/NO	
PROBLEMAS DE COLUMNA	SI/NO	
PROBLEMAS ARTICULARES	SI/NO	
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	SI/NO	
HERNIAS	SI/NO	
TRAUMATISMO DE CRÁNEO	SI/NO	
Con pérdida de Conocimiento	SI/NO	
EPILEPSIA	SI/NO	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI/NO	
TRAUMATISMOS RECIENTES	SI/NO	
LESIONES DEPORTIVAS	SI/NO	
PROBLEMAS MUSCULARES	SI/NO	

TOMA MEDICACIÓN DE USO HABITUAL ESPECIFIQUE: _____

MOTIVO: _____

Tenga en cuenta que al contestar afirmativamente alguno de los ítems citados anteriormente es posible que se le solicite un apto médico el cual deberá traer para que el alumno/a comience la actividad, mientras tanto se guardará su vacante.

POR LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA BAJO MI RESPONSABILIDAD Y REAL CONOCIMIENTO QUE MI HIJO/A ESTÁ EN PERFECTAS CONDICIONES FÍSICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD DEPORTIVA Y ME COMPROMETO A INFORMAR SOBRE CUALQUIER ALTERACIÓN EN SU SALUD.

AUTORIZO A MI HIJO/A A RETIRARSE SOLO DE LA COLONIA DEL MUNICIPIO DE HURLINGHAM UNA VEZ FINALIZADA LA JORNADA. **SI/NO**

PERSONA 1

AUTORIZO A.....CON DNI N°.....TEL:.....

A RETIRAR A MI HIJO/A DE LA COLONIA DEL MUNICIPIO DE HURLINGHAM.

FIRMA..... ACLARACIÓN.....

VÍNCULO.....

PERSONA 2

AUTORIZO A.....CON DNI N°.....TEL:.....

A RETIRAR A MI HIJO/A DE LA COLONIA DEL MUNICIPIO DE HURLINGHAM.

FIRMA..... ACLARACIÓN.....

VÍNCULO.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR: _____ DNI: _____

ACLARACIÓN: _____ LUGAR Y FECHA: _____