



Familia Gianellina, vive la alegría del encuentro en la misión

Congreso de la Familia Gianellina
Villa Giardino - 10, 11 y 12 de agosto de 2018
Provincia Religiosa de Córdoba

La presenta **ficha medica** será tenida en cuenta para la atención del estudiante, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo mas completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia. Rogamos completar con letra de imprenta legible. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DELEGACIÓN:

Responsable:

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido:.....

DNI N°:..... Fecha de nacimiento:.....

Sexo (femenino/masculino):.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A

Nombre y apellido del Padre:.....

Teléfono de línea:..... Teléfono celular:.....

Nombre y apellido de la Madre:.....

Teléfono de línea:..... Teléfono celular:.....

Nombre y apellido del Tutor:.....

Teléfono de línea:..... Teléfono celular:.....

COBERTURA MÉDICA PARTICULAR

Obra Social o Prepaga:.....

N° de afiliado o socio:.....

Teléfono urgencias:.....

Si posee médico de cabecera complete los datos a continuación:

Nombre y apellido del médico de cabecera:.....

Teléfono de contacto:.....

ANTECEDENTES MÉDICOS (tache lo que **NO** corresponda)

Enfermedades de la niñez:

Varicela [**SI - NO**] Sarampion [**SI - NO**] Rubeola [**SI - NO**]

¿Otras? [**SI - NO**] ¿Cuales?:.....

Vacuna antitetanica [**SI - NO**] Fecha de aplicacion:.....



Familia Gianellina, vive la alegría del encuentro en la misión

Congreso de la Familia Gianellina
Villa Giardino - 10, 11 y 12 de agosto de 2018
Provincia Religiosa de Córdoba

Otras enfermedades que haya padecido o padezca actualmente:

CARDIOPATIAS RESPIRATORIAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

METABOLICAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

NEUROLOGICAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

DIGESTIVAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

HEPATOPATIAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

PSICOLOGICAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

TRAUMATOLOGICAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

PROCESOS INFLAMATORIOS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

FRACTURAS O ESGUINCES **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

INFECTO-CONTAGIOSAS **[SI - NO]** ¿Cual/es?:.....

¿Posee alguna enfermedad crónica? **[SI - NO]** ¿Alergia, diabetes, trastornos de sangre? ¿Cual/es?

.....

¿Es alérgico? **[SI - NO]** ¿A que cosa es alérgico?

.....

.....

MEDICAMENTOS

¿Esta actualmente en tratamiento con algun medicamento? **[SI - NO]**

En caso afirmativo complete la siguiente información:

¿Por qué enfermedad lo toma?.....

¿Qué medicamento debe suministrarse? *Complete con el nombre del medicamento y la dosis*

Medicamento:..... Dosis:.....

Medicamento:..... Dosis:.....

Medicamento:..... Dosis:.....

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, recuerdeselo al Docente a cargo del grupo antes de viajar.

¿Toma medicamentos en otras situaciones (fiebre, dolores, etc)? **[SI - NO]**

En caso afirmativo ¿cual/es?



Familia Gianellina, vive la alegría del encuentro en la misión

Congreso de la Familia Gianellina
Villa Giardino - 10, 11 y 12 de agosto de 2018
Provincia Religiosa de Córdoba

¿Hay algún medicamento que NO debe tomar? [**SI - NO**]

En caso afirmativo ¿cual/es?

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? [**SI - NO**] En caso afirmativo ¿cual/es?

.....
.....

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales

.....
.....

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha medica de mi hijo/a:

.....
a los..... días del mes de del año..... autorizando por la presente (**en caso de emergencia**) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Firma y aclaración del Padre:.....

Firma y aclaración de la Madre:.....

Firma y aclaración del Tutor:.....

Firma, aclaración y sello del médico certificador:.....

Lugar y fecha:.....