



FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES DEL COLONO			
Nombre y Apellido			
Fecha de Nacimiento		Edad	
D.N.I.		Teléfono	
Domicilio			
Mail			

DATOS DE PADRE / MADRE / TUTOR	
Nombre y Apellido	
Lugar de Trabajo	
Sector	
Teléfono	
Mail	

TELÉFONOS A LOS QUE PODEMOS RECURRIR	
Nombre y Apellido	
Parentesco	
Teléfono	

OTROS DATOS					
Períodos que contrata	JULIO	1º Sem.	2º Sem.		
¿Contrata una empresa de transporte?	SI	¿Cuál?:			
	NO				
Observaciones					
VALOR (\$)					
FIRMA AUTORIZADA					



FICHA MEDICA

APELLIDO: **NOMBRE:**

DNI: **FECHA DE NACIMIENTO:**

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:

DOMICILIO: **TELÉFONO:**

EN CASO DE NECESIDAD AVISAR A:

DOMICILIO: **TELÉFONO:**

HISTORIA CLÍNICA

OBRA SOCIAL: **Nº**

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA: **ENFERMEDADES QUE PADECE O A LAS QUE ES PROPENSO:**

Sarampión: SI – NO	Asma: SI – NO
Hepatitis: SI – NO	Bronquitis: SI – NO
Paperas: SI – NO	Resfrío: SI – NO
Polioemelitis: SI – NO	Afecciones del oído: SI – NO
Tos convulsa: SI – NO	Afecciones de la nariz: SI – NO
Varicela: SI – NO	Afecciones de los ojos: SI – NO
Escarlatina: SI – NO	Convulsiones: SI – NO
6ta. Eruptiva: SI – NO	Sonambulismo: SI – NO
Rubeola: SI – NO	Desmayos: SI – NO
Epilepsia: SI – NO	Constipación: SI – NO
Sinusitis: SI – NO	Otras:
Otras:	

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS (ÚLTIMA FECHA) • INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Antitetánica: ___ / ___ / _____	Apendicitis: SI – NO
Antidiftérica: ___ / ___ / _____	Amigdalitis: SI – NO
Antivariólica: ___ / ___ / _____	Hernia: SI – NO
Antipoliomielítica: ___ / ___ / _____	Otras:
Antituberculosa: ___ / ___ / _____	
Antiofídica: ___ / ___ / _____	
Antitífica: ___ / ___ / _____	



ES ALÉRGICO A:

Comidas
Medicamentos
Antibióticos
Picaduras de insectos
Polvo, polen

ACCIDENTES TRAUMATOLÓGICOS:

Esguinces: SI – NO
Fracturas: SI – NO
Otros:

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?

.....

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?

.....

¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? SI – NO

¿Tiene antecedentes de problemas de altura? SI – NO

¿Sigue algún régimen especial alimenticio (médico)? ¿Cuál?

.....

SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.

FECHA: ___ / ___ / _____