



## FICHA DE INSCRIPCIÓN - INVIERNO 2024

DATOS PERSONALES DEL COLONO			
Nombre y Apellido			
Fecha de Nacimiento		Edad	
D.N.I.		Teléfono	
Domicilio			
¿Realiza algún deporte?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	- ¿Cuál?:

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	<input type="checkbox"/> 1º Sem.	<input type="checkbox"/> 2º Sem.
¿Contrata servicio de transporte?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI - ¿Cuál?:	
¿Contrata servicio de natatorio?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

