UNCUYO UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO | BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO | DEPORTES DIRECCIÓN GENERAL DE DEPORTES, RECREACIÓN Y TURISMO

FICHA MEDICA
COLONIA DE VERANO

La presente ficha permite una atención y organización eficiente de los grupos y en caso de ser necesario contar con el respaldo médico. Por lo tanto le solicitamos que responda de forma precisa y veraz. Los datos vertidos en la presente son confidenciales.

Datos personales

Nombre y Apellido del niño/a: .....

DNI: Fecha de Nacimiento: / / Edad:
Domicilio:

En caso de urgencia avisar a

Contacto 1: Nombre y Apellido: .....
Domicilio:

Teléfonos: Correo electrónico:
Contacto 2: Nombre y Apellido:.....
Domicilio:

Teléfonos Correo electrónico:

Restricciones alimentarias

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? SI NO
Por favor consigne información que considere importante: .....

Medicamentos

¿Habitualmente toma algún medicamento? SI NO
¿Cuál/cuáles? .....
¿Por qué?.....

Ficha de control médico

Grupo sanguíneo: RH

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías ? Por favor marque y complete en el caso que corresponda

Patologías / Antecedentes	***¿Si?***	***¿No?***	***Especifique "Cuál",***
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			Especifique a qué/en que circunstancia
8. Limitaciones para el ejercicio físico			
9. Otras			

Firma y aclaración del padre madre o tutor del niño/niña.....
Fecha: / /

Firma y sello del Médico
Sello Fecha: / /

Autorizo SI- NO al médico y/o kinesiólogo del Área de Salud de la DGDRyT a realizar una evaluación de la **alineación postural** de mi hijo/hija con el compromiso de que se nos envíe el informe con las conclusiones. El examen se hará de manera grupal, con traje de baño, utilizando como instrumento de medición plomada, cuadricula y fotografía.
Firma y aclaración del padre madre o tutor del niño/niña.....
Fecha: / /