

# Colonia de verano 2025

## F I C H A M E D I C A

Fecha / / Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Pcia.: \_\_\_\_\_  
Sala o grado que cursó en 2024: \_\_\_\_\_  
Obra social: \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### FECHA DE NACIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE COLONOS 2025

Inscripción para Nacidos a partir del 1/7/2009 hasta el 30/6/2020

#### A completar por el/la adulte responsable

Nació de parto normal SI / NO

Si la respuesta es NO, comente resumidamente las circunstancias \_\_\_\_\_

#### VACUNACIONES

B.C.G. SI / NO

Triple SI / NO

Sabín SI / NO

Antisarampionosa SI / NO

Doble SI / NO

Refuerzo antitetánica SI / NO

Covid19 1° dosis SI / NO / 2° dosis SI / NO  
3° dosis SI / NO

#### ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión SI / NO

Varicela SI / NO

Rubeola SI / NO

Escarlatina SI / NO

Conqueluche (Tos convulsa) SI / NO

Paroditis (Paperas) SI / NO

Otras: \_\_\_\_\_

Hepatitis SI / NO

#### A completar por el/la médico/a

Talla: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

#### SEMIOLOGÍA

(Consigne solo los datos positivos)

Aparato respiratorio: \_\_\_\_\_

#### APARATO CARDIORESPIRATORIO

Pulso: \_\_\_\_\_ Tensión arterial: \_\_\_\_\_

Auscultación: \_\_\_\_\_

Aparato digestivo: \_\_\_\_\_

Osteoarticular: \_\_\_\_\_

Postura: \_\_\_\_\_

Pie (plano, cavo, talo, valgo): \_\_\_\_\_

Columna \_\_\_\_\_

#### EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Usa anteojos SI / NO

Otros datos a consignar: \_\_\_\_\_

#### EXAMEN BUCODENTAL

Faltan piezas dentarias: SI / NO

Caries: SI / NO



# Colonia de verano 2025

F I C H A M E D I C A

## A completar por el/la adulte responsable

Enfermedades alérgicas **SI / NO**

Si la respuesta es SI:

> A medicamentos

> A comidas

> A Picaduras

> Otros (especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos? **SI / NO**  
(Indicar nombre, dosis, vía y horario)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Realiza algún tratamiento médico  
o psicológico? **SI / NO**  
Detalle \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta algún tipo de dificultad  
o enfermedad actualmente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración \_\_\_\_\_  
Vínculo \_\_\_\_\_

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración \_\_\_\_\_  
Vínculo \_\_\_\_\_

## A completar por el/la médico/a

Indique algún dato positivo resultante de la  
revisación clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico

La presente reviste carácter  
de Declaración Jurada



CAPITAL  
FEDERAL

