

Colonia de verano 2026

F I C H A M É D I C A

Fecha / / Grupo sanguíneo: _____
Apellido y nombre (colono/a): _____ DNI: _____
Fecha nacimiento: / / Sala o grado que cursará en 2026: _____
Obra social: _____
Apellido y nombre titular afiliado/a: _____
DNI: _____ Afiliado N° _____ Teléfono: _____

REQUISITO PARA LA INSCRIPCIÓN A LA COLONIA 2026

Colonos/as nacidos a partir del 1/7/2010 hasta el 30/6/2021

A completar por el/la adulto 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



CAPITAL
FEDERAL
BENEFICIOS



Colonia de verano 2026

F I C H A M É 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?

Restricción alimentaria SI / NO

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración

Vínculo

A completar por el/la médico/a

Indique algún dato positivo resultante de la revisión clínica:

Firma y sello del médico

Firma del Adulto/a responsable:

Aclaración

Vínculo

La presente reviste carácter de Declaración Jurada