



VERANO EN NUESTRA CIUDAD
COLONIAS
MUNICIPALES
ADULTO MAYOR | MÁS DE 60 AÑOS



GUALEGUAYCHÚ
Ciudad de todos

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido:..... D.N.I N°:

Fecha de Nacimiento:..... Edad:.....

Domicilio:..... Tel:.....

Teléfono alternativo en caso de emergencia:.....

Zona:..... Grupo Sanguíneo:.....

Tiene emergencias médicas:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

Carnet: si No Completo: si No

Observaciones:

ESTADO NUTRICIONAL: PESO: TALLA: IMC:

DIAGNÓSTICO:

PRESENTA ANTECEDENTES:

1- Cardiovasculares: Si No..... ¿Cuál?.....

2- Neurológicos: Si..... No..... ¿Cuál?.....

3- Bronco pulmonares: Si No..... ¿Cuál?.....

4- Gastroenterológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

5- Locomotrices: Si No..... ¿Cuál?.....

6- Urológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

7- Inmunológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

8- Nutricionales: Si No..... ¿Cuál?.....

9- Psicológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

10- Odontológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

11- Dermatológicos: Si..... No..... Micosis: Si No

12- Oftalmológicos: Si No..... ¿Cuál?.....

¿Debe recibir algún tipo de régimen, dieta, o algún alimento en especial? Si No

¿Cuál?:

¿Esta bajo tratamiento médico por alguna afección? Si No Diagnóstico:

Medicamento: Dosis:

Observaciones:

¿Debe recibir alguna medicación durante su estadía en la colonia? Horario: Dosis:

¿Padece algún tipo de alergia a medicación, insectos, alimentos, etc.? Si NO



CERTIFICADO DE SALUD

Apto No apto

Para la Actividad física – recreativa

Observaciones:

.....

AUTORIZACIÓN

Firma y sello del médico:

Institución:

Fecha:

Adultos Mayores : 3446-437007