



NUEVA COLONIA LOS BICHITOS

Asociación Atlética Argentinos Juniors
Polideportivo "Las Malvinas" (Tronador 41 / Punta Arenas 1271)
Contacto: Colonia@argentinosjuniors.com.ar | Teléfono: 11-5140-6480

Nombre y apellido: _____ D.N.I.: _____
(ADJUNTAR FOTOCOPIA)

Fecha de nacimiento: _____ Colegio: _____

Teléfono particular y celular: _____

Teléfono en horario de clases y colonia: _____

Nombre de la madre: _____ D.N.I.: _____

Lugar y teléfono laboral: _____

Nombre del padre: _____ D.N.I.: _____

Lugar y teléfono laboral: _____

Familiar (en caso de emergencia - agotados los teléfonos anteriores): _____

Teléfono: _____

Obra social y/o prepaga: _____ TEL: _____

Nº Socio: _____ **(ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET)**

Nombre y domicilio del sanatorio donde quiere que sea derivado: _____

ANTECEDENTES CLINICOS: Marque las enfermedades hacia las que tiene tendencia:

Epilepsia		Afecciones del oído		Sangrado de nariz	
Asma		Quemaduras de sol		Hemorragias	
Conjuntivitis		Desmayos		Vómitos	
Celiaco		Alergias		Diabetes	
Otras:					

INTERVENCIONES QUIRURGICAS – Diagnóstico y fecha: _____

FRACTURAS – Diagnóstico y fecha: _____

Sigue algún tratamiento médico / está tomando medicamentos: _____

Tipo de sangre: Grupo y factor: _____

Vacunas que posee: _____

OBSERVACIONES (algo que los médicos y docentes debieren saber - Puede escribir aquí o detrás de esta ficha todo lo que considere pertinente): _____

Medicación habitual que toma en casos de fiebre – dolor de cabeza (Indicar dosis – lea el reglamento de la colonia): _____

La confección del presente formulario de identificación y la consignación de los antecedentes de salud, revisten carácter de declaración jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan a los padres o tutor/es, librando de toda responsabilidad jurídica a los profesionales y docentes actuantes. Declaro bajo fe de juramento que todos los datos declarados por mi son verídicos y correctos y me comprometo a informar cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o cualquier actividad física.

Firma:

Aclaración y DNI:

Fecha:



NUEVA COLONIA LOS BICHITOS

Asociación Alética Argentinos Juniors
Polideportivo "Las Malvinas" (Tronador 41 / Punta Arenas 1271)
Contacto: Colonia@argentinosjuniors.com.ar | Teléfono: 11-5140-6480

EMERGENCIA MÉDICA (Completar con letra clara por favor)

Apellido y nombre: _____ Edad: _____

Obra Social/Prepaga: _____ Numero de afiliado/a: _____

Lugar a trasladar (Debe ser el lugar más cercano al Club previsto por la Obra Social/Prepaga): _____

El colono será trasladado al lugar sugerido por la familia a menos que el servicio médico de urgencia contratado por la institución, determine la conveniencia de otro lugar adecuado para el tipo de emergencia).

- Persona/s a quien avisar en caso de necesidad y teléfonos respectivos:

Conforme la normativa vigente se encuentra prohibido la prescripción y/o suministro de medicamentos por parte de los docentes, debiendo ocuparse de tal cuestión las familias y/o responsables de los alumnos.

Como excepción en casos de fiebre alta a requerimiento de la familia podrá suministrarse algunos de los medicamentos indicados más abajo previa autorización de la misma.

En caso de tener mi hijo/a fiebre alta SI – NO (tachar lo que no corresponde) AUTORIZO a la Dirección de la Colonia a suministrar este medicamento: (Tachar lo que no corresponde)

Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>
Aspirineta / Aspirina	<input type="checkbox"/>

Importante: Siendo que los productos medicinales generar efectos diversos y diferentes para cada individuo, los cuales surgen de los propios informes de los laboratorios que elaboran dichos productos, liberamos en forma expresa y absoluta de toda responsabilidad a Club Por Deporte por cualquier efecto adverso o colateral que pudiere padecer el colono como consecuencia del suministro del producto medicinal precedentemente mencionado.

Firma del padre/madre/responsable legal: _____

DNI: _____

Aclaración: _____