

FICHA MEDICA RETIRO POST CONFIRMACIÓN 2019

IMPORTANTE: Completar todos los datos con letra IMPRENTA y circular la respuesta que corresponda.

PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED

FECHA DEL RETIRO: Del 17 de Mayo del 2019 al 19 de Mayo del 2019.

LUGAR: Casa de retiros espirituales Domingo Savio.

DATOS PERSONALES DEL COORDINADO

Apellido y Nombre del coordinado

.....

Día en que realiza Pepe.....

Coordinadores.....

Tipo y N° de Documento.....

Edad.....

Apellido y Nombre del
Padre/Tutor..... TEL.....

Apellido y Nombre de la
Madre/Tutora..... TEL.....

Dirección..... TEL.....

Otro Teléfono familiar.....

Teléfono Celular.....

Obra Social.....N° de Carnet.....

Es Alérgico SI / NO

¿A qué?.....

Ha sufrido en los últimos 30 días:

- Procesos inflamatorios SÍ / NO
- Fracturas/ Esguinces/ Desgarros SI / NO
- Enfermedades infecto-contagiosas SÍ / NO
- Toma actualmente medicamentos SI / NO

¿Cuáles?.....

Forma de Aplicación/Dosis.....

¿Tiene contraindicaciones a algún tipo de medicamentos? SÍ / NO

¿Cuáles?.....

Algún tipo de recomendación especial

.....

¿Precisa una dieta especial? SÍ / NO

¿Cuál?.....

Dejo constancia de haber corroborado la ficha de salud de mi hijo/a.....

A los días del mes de..... del año.....AUTORIZANDO por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo disponga los profesionales médicos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR_____

ACLARACIÓN _____