ANTECEDENTES DE SALUD
Línea de Recreación

INFORMACIÓN GENERAL				
EMPRESA:	**Inicio:**		**Finaliza:**	
NOMBRE DEL INSCRITO:		NOMBRE PADRES:		
EDAD:		TELEFONO(S):		
DIRECCIÓN:		E-MAIL:		
		OTRO ACUDIENTE:		
SABE NADAR SI ◯ NO ◯				

INFORMACIÓN MÉDICA		
EPS:	PREPAGADA:	PÓLIZA: (De tener póliza de seguros ya sea por entidad educativa, familiar, empresarial, entre otras, por favor enunciar cual).

Marque con una X, los antecedentes y/o enfermedades padecidas por el participante:

Cefalea (Dolor de cabeza) ◯ Convulsiones ◯ Otitis ◯ Hemorragias ◯ Asma ◯ Cardiaco ◯ Patología Dental ◯

Patología Gastrointestinal ◯ Ósea ◯ Muscular ◯ Anemia ◯ Hipoglicemia ◯ Sonambulismo ◯

¿Otras? (Especifique)

Vacuna Antitetánica NO ◯ SI ◯ N° Dosis	¿A qué edad?
GRUPO SANGUÍNEO	R.H
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE? SI ◯ NO ◯	¿CUÁL? Anexar fórmula médica
TIENE ALGUNA ALERGIA? SI ◯ NO ◯	¿CUÁL?

¿ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA DE LA INFANCIA QUE NO HAYA PADECIDO? (Varicela, Rubéola, Sarampión etc.) SI ◯ NO ◯

¿Cuál?

¿ALGÚN ALIMENTO (s) QUE NO PUEDA INGERIR? SI ◯ NO ◯ ¿CUÁL?

OBSERVACIONES:

Firma Padre o Acudiente: _____