

FICHA CLÍNICA DE INGRESO DE LIDER

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------------|-----------------|--|-----------------------------------|-----------|-------------------------|--|-------------------------------|------------------------|---------------|-----------|----------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|--|--|--------------------------|---------------------|--|-----------|-----------|--|--|-----------|-----------|--|--|--|
| Nombres y Apellidos del Padre / Madre o Acudiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nro. Teléfono Fijo: | | | Nro. teléfono celular: | | | Fecha de diligenciamiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍDER (DILIGENCIE LOS CAMPOS VACÍOS Y MARQUE CON UNA X DONDE SEA NECESARIO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | Curso | | | | Edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia avisar a: | | | | | | | | Nro. Telefónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia avisar a: | | | | | | | | Nro. Telefónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | ESTATURA | | | | TIPO DE SANGRE | | | | | | EPS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene Medicina Prepagada? | | | Si | | | | No | | | | ¿Cual? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene Servicio de Ambulancia? | | | Si | | | | No | | | | Nro. Telefónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Controla esfínteres? | | Si | | | | No | | | | Utiliza gafas/lentes | | Si | | | | No | | | | dificultad visual | | | | | | | | | | | |
| Capacidad auditiva | | óptima | | | | mediana | | | | baja | | | | dificultad auditiva | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deporte(s) que practica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intensidad de Entrenamiento | | | | Suave | | | | Moderado | | | | Fuerte | | | | Horas semanales de Práctica: | | | | | | | | | | | | | | | |
| LESIONES DEPORTIVAS DEL LIDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esguince 6 meses antes | | Si | | | | No | | | | localización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fractura 6 meses antes | | Si | | | | No | | | | localización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fisura 6 meses | | Si | | | | No | | | | localización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿EL LIDER PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes | | Si | | | | No | | | | Hernia | | | Si | | | | No | | | | Hipoglicemia | | Si | | | | No | | | | |
| Gastritis | | Si | | | | No | | | | Hepatitis | | | Si | | | | No | | | | Migraña | | | Si | | | | No | | | |
| Estreñimiento | | Si | | | | No | | | | Otitis | | | Si | | | | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Asma / Bronquitis | | Si | | | | No | | | | Insuficiencia Cardíaca | | | Si | | | | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras, ¿Cuáles? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL LIDER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BCG | | Si | | | | No | | | | Triple viral | | | Si | | | | No | | | | Hepatitis B | | | Si | | | | No | | | |
| Tétano | | Si | | | | No | | | | DPT | | | Si | | | | No | | | | Meningitis | | | Si | | | | No | | | |
| Antipolio | | Si | | | | No | | | | Influenza | | | Si | | | | No | | | | Neumococo | | | Si | | | | No | | | |
| ¿Sabe nadar? | | Si | | | | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Medicamentos que toma el líder? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta alergia a un medicamento? | | | | Si | | | | No | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta alergia a algún alimento? | | | | Si | | | | No | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta alergia a picaduras de insectos? | | | | Si | | | | No | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta alguna incapacidad médica que le impida desarrollar actividades físicas? | | | | | | | | | | | Si | | | | No | | | | | | | | | | | | | | | | |

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA, POR LO TANTO, AUTORIZO SU VERIFICACIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y ME RESPONSABILIZO POR LOS DETALLES OMITIDOS.

FIRMA DEL PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE DEL LÍDER