

		<b>FICHA CLÍNICA INGRESO DE LIDER</b> <b>F-M-01-01-116</b>										<b>VERSIÓN 1</b> <b>SEPTIEMBRE DE 2024</b>					
		Nombres y Apellidos del Padre / Madre o Acudiente															
Nro. Teléfono Fijo:				Nro. Teléfono celular:				Fecha de diligenciamiento:									
<b>LÍDER (DILIGENCIE LOS CAMPOS VACÍOS Y MARQUE CON UNA X DONDE SEA NECESARIO)</b>																	
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				¿Cuál?									
¿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:							
<b>LESIONES DEPORTIVAS DEL LIDER</b>																	
Esguince 6 meses antes		Si		No		localización											
Fractura 6 meses antes		Si		No		localización											
Fisura 6 meses		Si		No		localización											
<b>¿EL LIDER PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?</b>																	
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?																	
<b>VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL LIDER</b>																	
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					
NOTA: En caso de marcar SI en los cinco enunciados anteriores anexe soporte médico																	

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