

AguaLinda

para jóvenes y adultos con
habilidades y necesidades
especiales

- Ficha médica



*Foto reciente
del (la) Joven*

Fecha y Ciudad: _____

Por favor llene los siguientes espacios con la información del (la) joven	Nombre y Apellidos	
	Fecha de Nacimiento y edad:	
	Tipo y Número de Documento:	
	Seguro Médico:	Estatura: Peso actual:
	Sexo: M _____ F _____	Tipo de Sangre (RH):
Por favor indique el diagnóstico médico del (la) joven		
Por favor indique si existe condiciones asociadas a dicho diagnóstico		
Por favor indique cirugías realizadas al aplicante		
Por favor indique medicamentos que toma el (la) joven,		

dosis y frecuencia diaria.	<hr/> <hr/> <hr/>
Por favor indique fecha de último control médico y resultado de consulta.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Por favor escriba una observación sobre la alimentación actual del(la) joven y si hay alimentos o azúcares que no pueda ingerir y por qué.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Alergias? Si las hay, que medicamento se usa en caso de que suceda?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

En caso de emergencia contactar a: _____
 Teléfono: _____
 Celular: _____

Firma y cédula: _____

Por favor Anexar Fotocopia de Carnet EPS y foto reciente del(la) joven.