

Comunidad de aprendizaje
Aigualinda

“un lugar donde la vida se celebra todos los días”
 para jóvenes y adultos con habilidades y
 necesidades especiales
 - **Ficha médica**



*Foto reciente
 del (la) Joven*

www.camphillagualinda.com

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) jóven, dosis y frecuencia diaria.	
Por favor indique fecha de último control médico y resultado de consulta.	
Por favor escriba una observación sobre la alimentación actual del(la) jóven y si hay alimentos o azucares que no pueda ingerir y por qué.	
Alergias? Si las hay, que medicamento se usa en caso de que suceda?	
Por favor indique, si ha tenido Covid-19 y los síntomas que se presentaron en dicha ocasión.	
Por favor	

indique si ha recibido la vacuna para el COVID 19, señale tipo de vacuna, número de dosis y fechas. En caso de que su respuesta sea No, favor explicar.

En caso de emergencia contactar a: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Firma y cédula: _____

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