

# Ficha médica actividades juveniles y de clubes

Distrito: \_\_\_\_\_ Iglesia: \_\_\_\_\_ Club: \_\_\_\_\_

No:	Nombre:	Fecha			BAUTIZADO	
		D:	M:	A:	SI	NO

## Informaciones para uso médico:

No. celular:	W	No. teléfono:	Tipo de sangre:
--------------	---	---------------	-----------------

TIPO DE DOCUMENTO				No:	Fecha de nacimiento			Ocupación:	
R.C.	T.I.	C.C.	C.E.		D:	M:	A:		

SEXO	E-mail:								
F	M								

Dirección:				Barrio:	
				Ciudad:	

EPS:	ACTIVO
	SI NO

## En caso de accidente por favor contactarse con las siguientes personas:

Nombre:	Parentesco:	No. Contacto:
Nombre:	Parentesco:	No. Contacto:
Nombre:	Parentesco:	No. Contacto:

Tiene antecedentes de: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Cirujías <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Estadio <input type="checkbox"/> Tratamiento mental <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis	En caso de emergencia dirigirse al centro médico IPS ó EPS:						
	Dirección del centro médico:						
	Enfermedades, medicación:			Tipo de alergia:			
	IMC: $\frac{\text{Kg}}{\text{Mt}^2}$			Peso:	Estatura:	Edad:	<input type="checkbox"/> Bajo peso, menor a 18.50 <input type="checkbox"/> Normal, 18.50 - 24.99 <input type="checkbox"/> Sobrepeso 25.00 -29.99
<input type="checkbox"/> Picadura de insectos: _____ <input type="checkbox"/> Alimentos: _____ _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos: _____ _____ <input type="checkbox"/> Plantas: _____ <input type="checkbox"/> Animales: _____ Otros: _____ _____		<input type="checkbox"/> No. de vasos de agua que consume al día <input type="checkbox"/> No. de días a la semana con actitud positiva <input type="checkbox"/> No. de días a la semana que consume verduras y frutas <input type="checkbox"/> No. de días a la semana que hace ejercicio				<input type="checkbox"/> No. horas que dedica a descansar por medio del sueño <input type="checkbox"/> No. de días que practica la temperancia <input type="checkbox"/> No. de días a la semana que disfruta 15 minutos de sol <input type="checkbox"/> No. de días que disfruta del aire puro	

## Enfermedades contagiosas:

Sarampión	Varicela	Pulmonía	Otras:
-----------	----------	----------	--------

## Vacunas:

Vacuna polio	D:	M:	A:	Vacuna tétano	D:	M:	A:
--------------	----	----	----	---------------	----	----	----

## Otras vacunas:

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que IGLESIA ADVENTISTA DEL SEPTIMO DIA – SECCIÓN ASOCIACION SUR DE BOGOTA, para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de tener un registro de los asistentes a este evento, enviar las memorias y mantener una red de comunicación para futuros eventos.

Usted como Titular de los Datos Personales puede ejercer los derechos que le otorga la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Carrera 24 No 47 – 07 Piso 2 Bogotá, Colombia; a nombre de: IGLESIA ADVENTISTA DEL SEPTIMO DIA – SECCIÓN ASOCIACION SUR DE BOGOTA o al correo electrónico: [datospersonalesurbta@gmail.com](mailto:datospersonalesurbta@gmail.com).

Sus datos personales pueden ser transmitidos y/o transferidos a nivel nacional y/o internacional. Mayor información para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y los cambios sustanciales que se produzcan en ella en: <http://asosurbogota.org>.

Firma del padre o responsable. Número de celular: \_\_\_\_\_