



## HISTORIAL ACUATICA DE SALUD NIÑOS

Nombre y Apellido: ..... Fecha de ingreso...../...../.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad: .....

¿Hace actividad acuática por prescripción Médica? SI – NO ¿Por qué?.....

Nombre y Apellido de tutor 1:.....celular:.....

Nombre y Apellido de tutor 2:.....celular:.....

**PEDIATRA:**.....Obra Social:.....

### **(TIENE 30 DÍAS PARA PRESENTAR CERTIFICADO DE APTO FÍSICO DEL PEDIATRA)**

¿Es alérgico/a? (SI) (NO) A qué?.....

¿Se le administra medicación?.....

¿Cuál?.....Para Qué?.....

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? (SI) (NO)

Cuál?.....Fecha:.....

¿Padeció alguna enfermedad? ¿Padece alguna enfermedad crónica?

(SI) (NO) Cuál?.....

Tiene Discapacidad (SI) (NO) En caso de responder que si especificar:

.....

¿Presenta síntomas frecuentes de dolor de cabeza, vómitos, oídos, fiebres altas, diarreas?

(SI) (NO) Cuál?.....

¿Presenta problemas de audición o visión?.....

¿Cuáles?.....¿Qué tipo?.....

¿Actualmente está realizando algún tratamiento médico? (SI) (NO)

Especificar.....

¿Puede realizar actividad acuática acorde a su edad y condición? (SI) (NO)

¿Alguna otra indicación médica especial? (SI) (NO) ¿Cuál?.....

Dejo constancia que el estado de salud de mi hijo/a ha sido supervisado por un médico, estando apto para realizar la actividad, deslindando de toda responsabilidad a la institución por cualquier eventualidad que pudiera producirse. A su vez me notifico informado de las normas internas y reglamentarias referidas al uso de las instalaciones y servicios prestados por el natatorio.

Firma..... Aclaración: .....DNI.....