



**PEQUEÑOS**  
ALIANCISTAS

FORMATO NO. 03

## FICHA ESTADO DE SALUD

Esta información es de vital importancia para el cuidado médico de su hijo(a) durante el desarrollo del Evento, por lo que le solicitamos diligenciar completamente. En caso de estar incompleta o no ser precisa no podremos garantizar una atención adecuada en caso de una emergencia.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
EPS: \_\_\_\_\_ Esquema de vacunación para la edad: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Vacunado COVID: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿El niño(a) presenta alguna molestia con frecuencia? Ejemplo: Migraña \_\_\_\_\_  
¿Cómo lo maneja usted? \_\_\_\_\_  
¿Toma algún tipo de medicamento? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Indique el horario, el nombre y la cantidad de dosis a suministrar: \_\_\_\_\_  
¿Padece o ha padecido algún problema óseo, muscular o del sistema nervioso? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_  
¿Ha padecido enfermedades o intervenciones quirúrgicas? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Indique cuáles y la edad a la que fue intervenido: \_\_\_\_\_  
¿Es alérgico a algún medicamento, alimentos, animales, entre otros? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Detalle: \_\_\_\_\_

En mi carácter de padre o acudiente, declaro que toda la información relacionada anteriormente es verídica.

Firma: \_\_\_\_\_  
Acudiente: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
C.C.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

IGLESIA ALIANZA CRISTIANA & MISIONERA COLOMBIANA

PERSONERÍA JURÍDICA ESPECIAL N°. 977 DE 23 DE JULIO DE 1996 NIT. 890.000.091-1

LAALIANZA.CO