

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: N° Afiliado:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Sí NO ¿Cuál?:

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

Sí NO ¿Por qué?:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

Sí NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? Sí NO

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico? Sí NO Especifique:

Quirúrgicos: Sí NO Edad: Tipo de cirugía:

¿Presenta alguna limitación física? Sí NO Aclaración:

Otros problemas de salud:

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica.

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)
Fecha de la determinación:/...../.....

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

Recurrir a: Institución:
Domicilio: Teléfono:

Médico: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

ACTUALIZACIONES

Fecha:/...../..... Anual Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción:/...../.....

Firma del responsable

Aclaración