

INFORMACIÓN DE SALUD**APELLIDO Y NOMBRE:** _____**CURSO:** _____

Obra Social: _____ Nº Afiliado: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

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

☐ SI ☐ NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

☐ SI ☐ NO ¿Por qué? _____¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a _____ ☐ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI ☐ NO**TRATAMIENTOS**¿Recibe tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO Especifique _____Quirúrgicos ☐ SI ☐ NO Edad _____ Tipo de cirugía _____¿Presenta alguna limitación física? ☐ SI ☐ NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR
LOS PADRES**VACUNAS OBLIGATORIAS**

de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2

☐ VACUNACION COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACION DE

Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgs. (con 1 décimo)

Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA**RECURRIR A**

Institución _____

Domicilio _____ Teléfono _____

MEDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Domicilio _____ Teléfono _____

FAMILIAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Domicilio _____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONESFecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describa los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describa los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI ☐ NO ¿Hay cambios? SI ☐ NO

Describa los cambios de salud del alumno _____

El abajo firmante se compromete a comunicar el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____

Firma del responsable

Aclaración

Firma del Director