

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y apellido: _____ DNI N° _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Obra social: _____ N°afiliado: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

¿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? _____

VACUNAS OBLIGATORIAS tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2

de acuerdo a su cumplimiento **VACUNACION COMPLETA** **INCOMPLETA** **SIN DATOS**

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

DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (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 _____

ACTUALIZACIONES

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

Describe los cambios de salud del alumno _____

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

Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI 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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma madre, padre o tutor.

Aclaración

DNI: