



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 ALERGIAS? 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
 Describa los cambios de salud del alumno:

 Fecha:/...../..... Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO
 Describa los cambios de salud del alumno:

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