

APELLIDO Y NOMBRE:

CURSO:

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ N° 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 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

RECURRIRA 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 _____

VACUNACION COVID: (DOSIS) .

Fecha _____ / _____ / _____ Firma del responsable _____ Aclaración _____ Firma del Director _____