



**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