



JEFE DE HOGAR: Madre Padre Tutor / Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/ s : _____ Nombres: _____ Tipo y N° Doc: _____

Vínculo / Parentesco con el alumno: _____

INFORMACION DE SALUD

Obra Social: _____ N° de Afiliado : _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

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

SI NO ¿Cual? _____

¿Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por que?: _____

¿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: _____

Quirurgicos: SI NO Edad: _____ Tipo de Cirugia: _____

¿Presenta alguna limitacion fisica?: SI NO Aclaracion: _____

Otros Problemas de Salud: _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de vacunacion y la Guia 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 centimetros) _____ Peso: _____ Kgrs. (Con 1 décimo)

Fecha de determinacion: ____ / ____ / ____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD

Recurrir a: Institucion: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

MEDICO

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

FAMILIAR

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

ACTUALIZACIONES:

Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI NO ¿ Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno: _____

ACTUALIZACIONES:

Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI NO ¿ Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno: _____

ACTUALIZACIONES:

Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI NO ¿ Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno: _____

Incorporar Constancia de Restriccion Judicial para retirar al alumno del establecimiento.

La totalidad de los datos e informacion suministrada por quien suscribe la presente tiene caracter de Declaracion Jurada.

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

Declaro conocer la situación epidemiológica que afecta al país y acepto las modalidades de cursada virtual, presencial y bimodal para el regreso seguro a clases, así como sus requerimientos.

Fecha de Inscripcion: ____ / ____ / ____

Firma del responsable

Aclaracion