



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 y/o Discapacidad: \_\_\_\_\_

Posee Certificado de Discapacidad: SI  NO  \_\_\_\_\_

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 situacion epidemiologica que afecta al pais y acepto las modalidades de cursada virtual, presencial y bimodal para el regreso seguro a clases, asi como sus requerimientos.*

Fecha de Inscripcion: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaracion