ASOCIACION CULTURAL ITALIANA
CRISTOFORO COLOMBO

AS | 07

ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido y nombre del alumno:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Nivel: Inicial | Primaria | Media | Liceo

Curso: Turno (si correspondiere): Mañana | Tarde

Domicilio: Localidad: CP:

Teléfono: Celular: Otro teléfono:

Grupo Sanguíneo: Cobertura Médica: Plan:

Nº Afiliado: Teléfono urgencia cobertura:

ANTECEDENTES (Marque con un círculo alrededor de la opción correspondiente)

A) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Metabólicas (diabetes u otras)	Enf. Traumatológicas	Cardiopatías congénitas
Enf. Urológicas	Cardiopatías infecciosas	Enf. Dermatológicas
Enfermedad pulmonar (asma u otras)	Enf. Inmunológicas	Enf. digestivas
Enf. Psicosomáticas	Enf. neurológicas	

Otro tipo de enfermedad:

B) ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Sarampión | Hepatitis | Parotiditis | Mononucleosis | Varicela | Rubeola | Otras:

C) ¿Posee el calendario de vacunas actualizado? SI | NO

(Adjuntar fotocopias en caso de alumno nuevo o de ingreso a 1º Grado Escuela Primaria)

D) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI | NO

(En caso afirmativo indique el tipo de intervención/es y fecha/as)

E) ¿Toma medicamentos en forma permanente? SI | NO

¿Cuáles?

¿Debe tomarlos en horario escolar? SI | NO

(En caso afirmativo es necesario presentar la prescripción médica.)

F) Apto Educación Física

Certifico haber examinado a DNI Nº

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica , actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Lugar y fecha:

Firma del profesional Aclaración de firma y Nº Matrícula

G) Alguna otra situación particular que desee informar

Firma del padre, madre o tutor Aclaración de firma