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:

Los representantes legales de los menores, asumen el compromiso de dar a conocer de inmediato a las autoridades de la Institución, cualquier cambio o alteración en las condiciones de salud del alumno.

Firma del profesional Aclaración y Nº Matrícula

G) Alguna otra situación particular que desee informar

Firma del padre|madre|tutor Aclaración