



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:

Celular y nombre del representante legal 1:

Celular y nombre del representante legal 2:

Grupo Sanguíneo: Cobertura Médica: Plan:

N° 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:

Covid:

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

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

¿Posee vacunación contra el Covid-19? SI | NO

Primera dosis: Si/No Segunda dosis: Si/No

D) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI | NO

(En caso a 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 con el detalle de la dosis y horario para la toma y autorización del representante legal para el suministro del mismo.)

F) ¿Tiene alguna alergia? SI | NO

¿Cuáles?

G) Apto Educación Física (sección que deberá completar el profesional médico)

Certifico haber examinado a

DNI N°

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

Lugar y fecha:

Firma del médico

Aclaración y N° Matrícula

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.

Alguna otra situación particular que desee informar

Firma del representante legal

Aclaración