

INFORMACIÓN DE SALUD

HISTORIAS DE VIAJEROS CICLO 2022

Obra Social _____ Nº Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

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

SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué? _____

¿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 _____

Quirúrgicos SI NO Edad _____ Tipo de cirugía _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS
de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2

VACUNACION COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACION DE

Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A Institución _____
Domicilio _____ Teléfono _____

MEDICO Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

FAMILIAR Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
Describe los cambios de salud del alumno _____

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

Comedor

DMC: Desayuno / Merienda Completa

Prestaciones válidas para nivel Post Primario

Simple

Doble

Completa

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

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

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____ Firma del responsable _____ Aclaración _____ Firma del Director _____