



FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

FORMACIÓN BÁSICA JÓVENES Y ADULTOS

Válido para el año: **2018** FECHA _____

NOMBRES Y APELLIDO DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

SEGURO MÉDICO: _____ Nº AFILIADO: _____

Nombre y Apellido madre: _____ Tel. Cel.: _____

Nombre y Apellido padre: _____ Tel. Cel.: _____

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ALUMNO

* Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control periódico? Si _____ No _____

Cuál?: _____

* Fue internado alguna vez ? Si _____ No _____ Por qué? _____

* Tiene algún tipo de alergia? Si _____ No _____ A qué? _____

Describe sus manifestaciones _____

Recibe tratamiento permanente? Si _____ No _____ Cuál? _____

* Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si: _____ No _____ De qué? _____

Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física? Si: _____ No _____

Cuál? _____

* Recibe alguna medicación en forma habitual? Si: _____ No: _____ Cuál? _____

* Calendario de vacunación al día? Si: _____ No: _____ FECHA: _____

EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE ALTERE EL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO MENCIONADO EN ESTA FICHA SE DEBERÁ INFORMAR A LA INSTITUCIÓN A LA MAYOR BREVEDAD

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EL INSTITUTO DEBERÁ:

Derivar a : _____ Institución: _____

Dirección de la Clínica: _____

AVISAR A : (por orden de prioridad)

Nombre y Apellido: _____ Tel.: _____

Nombre y Apellido: _____ Tel.: _____

Nombre y Apellido: _____ Tel.: _____