



FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

FORMACIÓN BÁSICA NIÑOS Y PREADOLESCENTES

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

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.: _____

FIRMA DE LA MADRE: _____

FIEMA DEL PADRE: _____

INFORMACIÓN DEL ALUMNO SUMINISTRADA POR LOS PADRES

* 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: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque con una X si presente antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

Diabetes: ___ Hipertensión Arterial: ___ Asma Bronquial: ___ Bronquitis Crónica: ___ Patologías Cardíacas: ___ Convulsiones: ___

Otras _____

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.: _____