Dirección General de Cultura y Educación — Buenos Aires LA PROVINCIA

INSTITUTO ESCOLAR GOETHE
DIEGEP 4668

Gabinete Social
Provincia de Buenos Aires

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombres y apellidos completo del alumno: …… Curso:…… División:……

Obra Social: …… N° Afiliado: ……

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

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

SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuál?: ……

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? ?: ……

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: ……

La alergia se debe a: …… No sabe ☐ ¿Recibe tratamiento permanente? SÍ ☐ NO ☐

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SÍ ☐ NO ☐ Especifique: ……

Quirúrgicos: SÍ ☐ NO ☐ Edad: …… Tipo de cirugía: ……

¿Presenta alguna limitación física? SÍ ☐ NO ☐ Aclaración: ……

Otros problemas de salud: ……

COMPLETADO POR MÉDICO

VACUNAS OBLIGATORIAS

Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N°2, de acuerdo a su cumplimiento.

**En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica.* COMPLETA ☐ INCOMPLETA* ☐ SIN DATOS* ☐

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): …… Peso: …… kgrs. Fecha de la determinación: ……/……/……

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

Recurrir a: Institución: ……

Domicilio: …… Teléfono:……

Médico: Apellido/s: …… Nombre/s: ……

Domicilio: …… Teléfono:…… ……

Familiar: Apellido/s: …… Nombre/s: ……

Domicilio: …… Teléfono:…… ……

ACTUALIZACIONES

Fecha: ……/……/…… Anual SÍ ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SÍ ☐ NO ☐

Describa los cambios de salud del alumno: ……

……

Los que suscriben……(***padre, madre o tutor. nombres y apellidos completos y nro. de documento de identidad***) ,toman conocimiento y autorizan que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Esta autorización alcanza también a las actividades extraprogramáticas, entrenamientos de equipos representativos y las competencias intercolegiales a las que el/la alumno/a sea convocado para representar al colegio.

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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción: ……/……/……

Firma del padre	***Firma de la madre***	***Firma del tutor/a***	***Firma del Médico*** ***Sello N° de matrícula***
Aclaración	***Aclaración***	***Aclaración***	***Aclaración***