



**INFORMACIÓN DE SALUD**

<b>OBRA SOCIAL:</b> .....	<b>Nº:</b> .....
<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b> .....	<b>Factor RH:</b> .....

Circular Técnica Conjunta N° 1 30/4/97 - Prov. Bs. As.

**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? .....

**Se encuentra padeciendo:**

- Procesos inflamatorios o infecciosos

**Padece alguna de las siguientes enfermedades:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - Metabólicas: Diabetes                  | <input type="checkbox"/> - Cardiopatías congénitas      |
| <input type="checkbox"/> - Cardiopatías infecciosas               | <input type="checkbox"/> - Hernias inguinales, crurales |
| <input type="checkbox"/> - Convulsiones febriles                  | <input type="checkbox"/> - * Broncoespasmos             |
| <input type="checkbox"/> - * Enuresis                             | <input type="checkbox"/> - * Alergias. A qué:.....      |
| <input type="checkbox"/> - * Toma algún medicamento. Cuál?: ..... |   |

*\* Los ítems con asterisco, deben ser completados para los alumnos de Nivel Inicial y Primario*

**Ha padecido en fecha reciente:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - Hepatitis (60 días)  | <input type="checkbox"/> - Sarampión (30 días)                |
| <input type="checkbox"/> - Parotiditis (30 días)  | <input type="checkbox"/> - Mononucleosis Infecciosa (30 días) |
| <input type="checkbox"/> - Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días) |   |

**Alguna otra situación particular determinada por el médico:** .....

**TRATAMIENTOS**

¿Recibe tratamiento médico? **SI**  **NO**  Especifique .....

¿Quirúrgicos? **SI**  **NO**  Edad: ..... Tipo de cirugía .....

¿Presenta alguna limitación física? **SI**  **NO**  Aclaración .....

**VACUNAS OBLIGATORIAS:** Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento:

- Completa  Incompleta  Sin datos – (En caso de ser incompleta o sin datos, se debe realizar consulta médica)

**DETERMINACIÓN DE:** Talla (en centímetros) ..... Peso ..... Kgs. (con un décimo)

Fecha de determinación: ...../...../.....

**NOTA:** En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar conjuntamente con este formulario el **CERTIFICADO MEDICO** que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas, u otra en particular, me comprometo a informarlo por medios fehacientes. Para el caso de mediar omisión, error, reticencia al informe requerido, el Instituto quedará exento de toda responsabilidad.

**Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al alumno de la escuela**

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

Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al instituto cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

	<b>Padre o Tutor</b>	<b>Madre o Tutora</b>
Apellido y Nombre		
Documento N°		
Firma		

FECHA DE LA DECLARACIÓN: ...../...../.....