

## INFORMACIÓN DE SALUD

<b>Obra Social:</b>	<b>Grupo Sanguíneo:</b>
<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:</b>	
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:	
<b>SI / NO ¿Cuál?</b> .....	
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:	
<b>SI / NO ¿Por qué?</b> .....	
<b>¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI / NO</b>	
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones .....	
La alergia se debe a: ..... / No sabe / ¿Recibe tratamiento permanente? <b>SI / NO</b>	
<b>TRATAMIENTOS:</b>	
¿Recibe tratamiento médico? <b>SI / NO</b> - Especifique: .....	
Quirúrgicos: <b>SI / NO</b> <b>Edad:</b> ..... <b>Tipo de cirugía:</b> .....	
¿Presenta alguna limitación física? <b>SI / NO</b> <b>Aclaración:</b> .....	
Otros problemas de salud .....	
<b>VACUNAS OBLIGATORIAS:</b> Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, De acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA / INCOMPLETA / SIN DATOS En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica	
<b>DETERMINACIÓN DE:</b> Talla (en centímetros): ..... Peso: .....	
Fecha de determinación: ...../...../.....	
<b>SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:</b>	
<b>Recurrir a:</b>	<b>Institución:</b> ..... <b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....
<b>Médico:</b>	<b>Apellido:</b> ..... <b>Nombre:</b> ..... <b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....
<b>Familiar:</b>	<b>Apellido:</b> ..... <b>Nombre:</b> ..... <b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....

**NOTA:**

- 1- *En caso de medicación temporal de importancia durante el ciclo lectivo se debe adjuntar nota, indicando el lapso de tiempo en uso, tipo y nombre de la medicación. El personal no está autorizado a suministrar ningún tipo de medicación.*
- 2- *Dejo constancia de la elección del servicio de transporte como toda relación legal con el mismo o persona responsable del retiro de mi hijo/a del Establecimiento queda bajo mi exclusiva responsabilidad eximiendo de la misma a la Institución.*
- 3- *Autorizo a que mi hijo/a sea fotografiado o filmado durante el año escolar sin que eso implique obligación de mi parte a adquirir dicho material. Autorizo asimismo al uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma por medio o formato de emisión/reproducción y/o difusión, para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades educativas y/o de sus producciones pedagógicas institucionales y/o divulgación de las mismas.*

Autorizo y me notifico de los ítems 1-2-3

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

Fecha de Inscripción.....

Firma del Responsable.....

Aclaración.....