

# INFORMACIÓN DE SALUD

## 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: .....

Calendario de Vacunación:

Completo:

Incompleto:

## SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :

Recurrir a:

Institución: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

Médico:

Apellido/s: ..... Nombres: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

Familiar:

Apellido/s: ..... Nombres: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

## ACTUALIZACIONES:

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ...../...../..... Anual: SÍ  NO  ¿Hay cambios? SÍ  NO

Describe los cambios de salud del alumno: .....

*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