



INSTITUTO BAUTISTA DEL CENTRO

Instituto de Educación Pública de Gestión Privada (106012) Bautista del Centro.



Nivel Inicial | Paraguay y Congreso N° 317
Nivel Primario | La Rioja N° 1402



(NI) 03751 - 427786
(NP) 03751 - 424930



administracion@institutobautistadelcentro.com
info@institutobautistadelcentro.com

NIVEL INICIAL - PRIMARIO
ELDORADO | MISIONES | ARGENTINA

www.institutobautistadelcentro.com



Instituto Bautista del Centro

Apellido:..... Nombre:.....

D.N.I.:..... Fecha de nacimiento:___/___/___

Sexo: Femenino __ Masculino __

Domicilio:..... Nº.....

Departamento:..... Localidad:..... Teléfono:.....

Nivel: INICIAL __ Nivel PRIMARIO __ POLIMODAL __

Establecimiento Escolar:..... Dirección:.....

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Marcar con una X lo que corresponde)

Apellido:..... Nombre:..... D.N.I. Nº:.....

Domicilio:..... Nº:.....

Departamento:..... Localidad:..... Teléfono:.....

Trabaja: Si __ No __

Cobertura Social: OBRA SOCIAL PLAN PRIVADO NINGUNA

ANTROPOMETRIA DEL ALUMNO

PESO:.....gr. TALLA:.....cm. Tensión:.....
Arterial:...../.....(mmHg)

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLOGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C.			
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFERICO			
S.N.P.			

Antecedentes patológicos: SI __ NO __ Cuál?.....
Recibe Alguna Medicación: SI __ NO __ Cuál?.....
Usa Anteojos: SI __ NO __
Usa ORTESIS: SI __ NO __ PROTESIS: SI __ NO __ SILLA DE RUEDA: SI __ NO __
ALERGIA: SI __ NO __ Cuál?.....

Posee alguna discapacidad **FISICA** SI __ NO __ **PSIQUICA** SI __ NO __

Posee Certificado Único de Discapacidad SI __ NO __

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concorre a Rehabilitación? SI __ NO __

¿Concurrió a Rehabilitación? SI __ NO __

CALENDARIO DE VACUNACION (Marcar con una X lo que corresponda)

EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádruple bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabin (OPV) (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble bacteriana (dT _a) (8)
Recién nacido	1ª dosis*	1ª dosis*					
2 meses		2ª dosis*	1ª dosis*	1ª dosis*			
4 meses			2ª dosis*	2ª dosis*			
6 meses		3ª dosis*	3ª dosis*	3ª dosis*			
12 meses						1ª dosis*	
18 meses			4ª dosis*				
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis *	
11 años		Iniciar o Completar esquema (3ª dosis)**				Refuerzo	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							

APTO PARA EDUCACION FISICA: **SI / NO**

Causa:.....

Profesional del Sistema de Salud
 Apellido y Nombre:.....
 Matrícula:.....
 Centro Asistencial:.....
 Fecha de Presentación:...../...../.....

Firma y sello del profesional

.....
Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad

