



INSTITUTO BAUTISTA DEL CENTRO

Instituto de Educación Pública de Gestión Privada (0612) Bautista del Centro



Nivel Inicial: Calle Congreso N° 317 Km.9

Nivel Primario y Secundario: Calle La Rioja N° 1402 km.9



(NI) 03751-426784

03751-424930



administracion@ibceldorado.com.ar

direccion@ibceldorado.com.ar

NIVEL INICIAL - PRIMARIO -
SECUNDARIO

www.ibceldorado.com.ar



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 corresponda)

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 (dTa) (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:.....

<p align="center"><u>Profesional del Sistema de Salud</u></p> <p>Apellido y Nombre:.....</p> <p>Matrícula:.....</p> <p>Centro Asistencial:.....</p> <p>Fecha de Presentación:...../...../.....</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">Firma y sello del profesional</p>
--

<p align="center">.....</p> <p align="center">Firma del Padre/Madre/Tutor o alumno mayor de edad</p>
