



Obra Social:		Nº Afiliado:	
<p>* ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</p> <p>¿ Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO ¿Cuál?:</p> <p>Durante los últimos tres años, ¿Fue internado alguna vez? SI NO ¿Porqué?:</p>			
<p>* ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI NO</p> <p>En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: La alergia se debe a: No sabe: ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO</p>			
<p>* TRATAMIENTOS:</p> <p>¿ Recibe tratamiento médico?: SI NO Especifique:</p> <p>¿ Quirúrgicos?: SI NO Edad: Tipo de Cirugía:</p> <p>¿ Presenta alguna limitación física?: SI NO Aclaración:</p> <p>Otros problemas de salud:</p>			
<p>* SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:</p> <p>Recurrir a: Institución:</p> <p>_____ Domicilio: Teléfono: _____</p> <p>Médico: Apellidos: Nombres:</p> <p>_____ Domicilio: Teléfono: _____</p> <p>Familiar: Apellidos: Nombres:</p> <p>_____ Domicilio: Teléfono: _____</p>			
<p>* ACTUALIZACIONES</p> <p>Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay cambios?: SI NO</p> <p>Describa los cambios en la salud del alumno:</p> <hr/> <p>Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay cambios?: SI NO</p> <p>Describa los cambios en la salud del alumno:</p> <hr/> <p>Fecha:...../...../..... Anual: SI NO ¿Hay cambios?: SI NO</p> <p>Describa los cambios en la salud del alumno:</p>			

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