



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: N° Afiliado:

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:

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: 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

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la Determinación:/...../.....

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:

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE



Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario:

☐ DMC:
Desayuno /
Merienda
Completa

☐ Copa de
Leche
Simple

☐ Copa de
Leche
Reforzada
Simple

☐ Comedor
Simple y
DMC

☐ Comedor
Simple y
Copa de
Leche
Simple

☐ Comedor
Simple y
Copa de
Leche
Doble

☐ Comedor
Simple,
DMC y Copa
de Leche
Simple

☐ Comedor
Doble y
Copa de
Leche
Doble

☐ Comedor
Doble, DMC
y Copa de
Leche
Simple

Prestaciones
válidas para nivel
Post Primario
☐ Simple
☐ Doble
☐ Completa

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

.....
Firma del Director



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: N° Afiliado:

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:

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: 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

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la Determinación:/...../.....

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:

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