

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

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí No ¿Hay cambios? Sí No

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí No ¿Hay cambios? Sí No

Describa los cambios de salud del alumno:

REGISTRO ÚNICO DE BENEFICIARIOS SAE



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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Cop a de Leche Simple	Comedor Doble y Copa de Leche Doble	Comedor Doble, DMC y Cop a de Leche Simple	Prestaciones válidas para nivel Post Primario

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

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO

Describa 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