

APELLIDO y NOMBRE DEL ALUMNO:

FICHA DE SALUD

Obra Social: Nro. Afiliado:

Antecedentes de enfermedad:

• ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? **SI NO**

¿Cuál?

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? **SI NO**

¿Por qué?

¿Tiene algún tipo de alergia? En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: **SI NO**

La alergia se debe a: No sabe:

¿Recibe tratamiento permanente? **SI NO**

Tratamientos:

¿Toma algún medicamento? **SI NO**

Especifique nombre y dosis:

¿Recibe tratamiento médico? **SI NO**

Especifique:

Quirúrgicos: **SI NO** Edad: Tipo de cirugía:

Presenta alguna limitación física? **SI NO** Aclaración:

Otros problemas de salud:

Si el alumno tiene algún problema de salud en el Establecimiento:

Recurrir a:	Institución:		
	Domicilio:		Telefono: <input type="text"/>
Médico:	Apellido:		Nombres: <input type="text"/>
	Domicilio:		Telefono: <input type="text"/>
Familiar:	Apellido:		Nombres: <input type="text"/>
	Domicilio:		Telefono: <input type="text"/>
Familiar:	Apellido:		Nombres: <input type="text"/>
	Domicilio:		Telefono: <input type="text"/>

Fecha: Firma del responsable / DNI Aclaración

AUTORIZACIÓN

Por la presente **SI NO** AUTORIZO a mi hijo/a

a retirarse del Establecimiento en caso de ausencia del profesor/a ó para participar en Audiciones externas.

La institución es responsable de los alumnos solo durante el horario de clase y siempre y cuando se registre el presente.

De existir, incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño del Establecimiento.

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: Firma del responsable / DNI Aclaración