

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad  Provincia

Tipo y Nº de Documento

Tel:  Fecha Nac.

2. INFORMANTE

MADRE:  Padre:  Otros (especificar):.....

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI  NO  Cual?.....

3.2 durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO

Causa: .....

3.3 tiene algún tipo de alergia SI (\*)  NO

(\*)Síntomas:.....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento medico? SI  NO

Especificar:.....

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:.....

4.3 Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cual:.....

5. VACUNAS(Indicar Cantidad de dosis)

SABIN:.....BCG:.....SARAMPION:.....TRIPLE:.....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ..... Teléfono:.....

Cobertura Medica:..... Teléfono:.....

Nº Afiliado:.....

FIRMA