



Información de Salud

Fecha: ...../...../2021

1.Nombre y Apellido del alumno/a.....

Año:.....

Domicilio:.....TE.....

2. Antecedentes:

- Padece alguna enfermedad que requiera tratamiento periódico?  
Si ... No ... ¿Cuál?.....
- ¿Durante los últimos años fue internado alguna vez?  
Si ... No ...¿Por qué?.....
- ¿Tiene algún tipo de alergia?  
Si ... No ...¿Cómo se manifiesta?.....
- ¿Recibe tratamiento médico?  
Si ... No ...¿Cuál?.....
- ¿Ha recibido tratamiento quirúrgico?  
Si ... No ...¿Cuál?.....
- ¿Presenta alguna limitación física?  
Si ... No ... Por favor indíquela.....

3. Vacunas

Vacuna	Cantidad de dosis	Fecha última dosis
Sabin		
BCG		
Antihemophilus		
Triple Bact. (DPT)		
Triple viral(SRP)		
Otras		

Adjuntar el certificado oftalmológico, audiometría y bucodental.( éste último todos los años)

4. Emergencias:

Si el alumno tiene un problema de salud, recurrir a:

Institución:.....

Domicilio:.....

Obra Social:.....

Carnet N°:.....

Personas responsables:

Apellido y nombre:.....TE:.....

Apellido y nombre:.....TE:.....

En el momento actual, certifico que el alumno arriba citado de.....años de edad, al examen clínico no presenta impedimento alguno para efectuar actividad física y/o recreativa, no competitiva, acorde a su edad y sexo.

Fecha.....

Firma y sello del médico

AUTORIZO A MI HIJA/O.....A PODER SER CAMBIADO POR EL PERSONAL DEL JARDÍN CUANDO SEA NECESARIO.

Firma:.....Aclaración:.....

D.N.I.:.....