

DATOS DEL ALUMNO

Apellido:..... Nombres:.....
 DNINº:..... Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nac.:...../...../..... Email:
 Lugar de nacimiento: Nacionalidad:
 Domicilio: Calle:.....Nº.....Piso:.....Torre:.....Dpto:.....
 Localidad:.....C.P.:.....Tel:.....

BREVE HISTORIA CLÍNICA (Remarcar lo que corresponda con y completar)

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO ¿A qué?.....

¿Cómo se manifiesta?.....

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI NO ¿Cuáles? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia.

Otras:.....

¿Tuvo fracturas, esguinces o luxaciones? SI NO

Especificar lesión y fecha:.....

¿Tiene problemas de coagulación? SI NO NO SÉ

¿Tiene el plan de vacunación completo? SI NO

¿Cuál le falta dar?:.....

Enfermedades que tiene o suele tener: (Remarcar lo que corresponda) Afecciones de nariz, Af. De los ojos, Af. De la piel, Asma, Bronquitis, Diabetes, Desmayos, Enuresis, Epilepsia, Neumonía, Resfríos, Reumatismo, Sinusitis, Sonambulismo, Tos convulsa, Trastornos digestivos, Trastornos hepáticos.

Otras:

Enfermedades padecidas a la fecha: (Remarcar lo que corresponda) Difteria – Disentería – Eruptivas – Escarlatina – Hepatitis – Paperas – Rubéola – Sarampión – Varicela – Otras:.....

¿Tiene alguna aclaración que debamos tener en cuenta? SI NO

En caso afirmativo detallar:

.....

Firma y aclaración de padre, madre, tutor o encargado

Nº de DNI

EXAMEN CLÍNICO. Debe ser completado por Médico de cabecera (Estatal o privado)

Determinación de: Talla:.....Peso:.....Frecuencia

Cardíaca:.....

Tensión Arterial:.....

Aparato Respiratorio:.....

Aparato Cardiovascular:.....

Aparato Locomotor/postural:.....

Otros:.....

Goza de buena salud. Apto para realizar educación física y deportes de acuerdo a sexo y edad.

.....de 20.....
 Firma del Médico Sello

CONTROL OFTALMOLÓGICO

Normal Usa lentes Necesita lentes

Observaciones:.....

.....

.....

Firma y sello del Profesional

CONTROL BUCO DENTAL

Necesita En tratamiento Normal
 Tratamiento

Observaciones:.....

.....

.....

Firma y sello del Profesional

Los datos e información suministrados en la presente tienen carácter de Declaración Jurada

Los datos e información suministrados en la presente tienen carácter de Declaración Jurada

Av. Antártida Argentina 1910 – (1836) Llavallol – Provincia de Buenos Aires
Tel: (54 11) 4239-3400 al 3450