Escuela de Artes Visuales
LINO ENEA SPILIMBERGO
Bahía Blanca

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

(DEBERÁ ENTREGAR UNA NUEVA FICHA CADA VEZ QUE CAMBIE SU SITUACIÓN DE SALUD)

INFORMACIÓN SOLICITADA A EFECTOS DE NOTIFICAR A SERVICIOS DE EMERGENCIAS EN CASO DE QUE EL ALUMNO NECESITE ATENCIÓN MÉDICA EN LA ESCUELA.

Apellido/s y Nombre/s: Edad:

Carrera: Curso:

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

¿Cuál?

Por este tratamiento ¿debe consumir medicamentos? (*SI o NO*) ¿Cuáles?

Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? (*SI o NO*) ¿Por qué?

¿Tiene algún tipo de alergia? (*SI o NO*) ¿A qué?

Describa sus manifestaciones:

¿Recibe tratamiento permanente? (*SI o NO*)

***EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTAR COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA.**
SI POSEE CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (CUD) DEBE ADJUNTARLO.

LOS DATOS QUE ANTECEDEN REVISTEN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA

EN EMERGENCIA RECURRIR A

Médico de cabecera: Tel.:

Institución:

Domicilio: Tel.:

Familiar (*parentesco*):

Domicilio: Tel.:

Otro contacto (*local, que resida en Bahía Blanca*)

Domicilio: Tel.:

Fecha: / /

Firma del alumno