

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?

Describe sus manifestaciones:

¿Recibe tratamiento permanente? (SI o NO)

***EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTAR COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA.**



LOS DATOS QUE ANTECEDEN REVISTEN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA

EN EMERGENCIA RECURRIR A

Médico de cabecera:

Tel.:

Institución:

Domicilio:

Tel.:

Familiar (*parentesco*):

Domicilio:

Tel.:

Familiar (*parentesco*):

Domicilio:

Tel.:

Fecha: / /

Nombre y apellido del alumno