



INFORME DE

SALUD

AÑO

20.....

1) A-Datos del alumno

Fecha.....

Apellido y

nombre.....

.....

Dirección.....teléfono.....

.....cel.....

B-*Informante:* *madre*.....

padre.....*otros*.....

2) A- Antecedentes de enfermedades:



Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico? Si— NO

Cual?.....
.....
.....

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

SI – NO

Poe

qué?.....
.....
.....

B- Tiene algún tipo de alergia? Si-NO

En caso afirmativo describa sus manifestaciones.....
.....
.....



La alergia se debe a

..... *No sabe.....*

Recibe tratamiento permanente? SI-NO

3) Tratamientos:

Recibe tratamiento médico SI-NO

Especifique.....

*Quirúrgico: SI-NO edad.....tipo de
cirugía.....*

Presenta alguna limitación física SI-NO

Aclaración.....

Otros problemas de

salud.....

.....

.....

.....

4) VACUNAS OBLIGATORIAS



<i>VACUNA</i>	<i>CANT DE DOSIS</i>	<i>FUENTE DE LA INFO</i>
<i>SABÍN</i>		
<i>BCG</i>		
<i>ANTIHEMOLITICUS</i>		
<i>TRIPLE BACT(DPT)</i>		
<i>TRIPLE VIRAL(SRP)</i>		
<i>ANTISARAMPIONOSA</i>		

Adjuntar fotocopia de vacunas y bucodental del

año en curso

SI EL NIÑO TIENE ALGÚN

PROBLEMA DE SALUD

<p><i>OBRA</i></p> <p><i>SOCIAL.....N° de</i></p> <p><i>afiliado.....</i></p>



Avisar a familiar:

Apellido, nombre..... cel.....

.....

Teléfono..... dirección.....

.....

Recurrir a

Institucion.....

.....

Dirección..... teléfono

no.....

*Autorizo a el jardín del Almafuerte en caso de
URGENCIA a llevar a mi hijo/a al lugar más cercano
para su asistencia. SI-NO*

Firma del padre/madre.....

Aclaración.....



La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración jurada. El firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente