

INFORMACION DE SALUD			
Datos del Alumno		Fecha:	
Nombre y apellido:			
Dirección:		Teléfono:	
Informante	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Antecedentes de enfermedad	
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?	
NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál?.....
¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	
¿Por qué?	
¿Tiene algún tipo de alergia?	
En caso afirmativo describa sus manifestaciones	
La alergia se debe a No sabe <input type="checkbox"/>	
¿Recibe tratamiento permanente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Tratamientos	
¿Recibe tratamiento médico? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique	
¿Quirúrgicos? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Edad Tipo de cirugía	
¿Presenta alguna limitación física? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Aclaración	
Otros problemas de salud	

Vacunas		Fuente de la información	
Vacuna	Cantidad de dosis	Libreta Sanitaria	Otras certificaciones
SABIN			
B.C.G.			
ANTIHEMOPHILUS			
TRIPLE/CUÁDRUPLE			
TRIPLE VIRAL			
OTRAS			

Si el niño tiene algún problema de salud			
Concurrir a	Institución:		
	Dirección:		Teléfonos:
Avisar al Médico	Nombre y Apellido:		
	Dirección:		Teléfono:
Avisar al Familiar	Nombre y Apellido:		
	Dirección:		Teléfono:

**CERTIFICO QUE EL NIÑO/A
SE ENCUENTRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS
ACORDE A SU EDAD, EN FORMA SISTEMÁTICA.**

Firma del Padre / Madre / Tutor

Firma del Médico / Sello

.....

.....