



Instituto Cristiano Evangélico Argentino

Entidad Propietaria: MISIÓN EVANGÉLICA EN VILLA REAL - Asociación Civil Decreto N° 15433/45

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL

EDUCACIÓN INICIAL (D 2207) - Apte. Est. 100% - EDUCACIÓN PRIMARIA (D 0797) - Apte. Est. 100% - EDUCACIÓN SECUNDARIA (D 4935) - Apte. Est. 100%

INFORMACIÓN DE SALUD - AÑO 2024

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A			
DOMICILIO		TELÉFONO	
LOCALIDAD		TELÉFONO URGENCIAS	
SALA		TURNO	EDAD

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

	SI	NO
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO: Procesos inflamatorios y/o infecciosos		
B) ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? ¿Cuál?		
C) Durante los últimos tres años ¿Fue internado/a alguna vez? ¿Por que?		
D) ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? En caso afirmativo describa sus manifestaciones La Alergia se debe a Recibe tratamiento prolongado SI - NO		
E) ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?		
Metabólicas: Diabetes		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias Inguinales, crurales		
Alergias		
F) ¿HA PADECIDO EN FECHAS RECIENTES?		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones de: tobillo, hombro o muñeca (60 días)		
G) TRATAMIENTOS		
Especifique:	¿Recibe tratamiento médico?	
¿Cuáles?	¿Toma medicamentos en forma permanente?	
¿Cuál?	¿Alguna intervención quirúrgica? Edad (en el momento)	
¿Cuál?	¿Presenta alguna limitación física?	
H) OTROS PROBLEMAS DE SALUD: ¿Cuál?		
I) POSEE COBERTURA MÉDICA: ¿Cuál?		
J) ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA:		

IMPORTANTE: ENVIAR CONSTANCIA O CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA OTORGADO POR UN MÉDICO, PARA PODER PARTICIPAR DE LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

LA PRESENTE NOTA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA OMISIÓN DE DATOS O FALSEDAD DE LOS MISMOS SERÁ RESPONSABILIDAD DEL FIRMANTE.

Firma del Padre, Tutor, o encargado

Aclaración de firma y D.N.I