



Legajo de Salud Escolar

Leandro Alern 661 / Informes, 4224610
Emergencias 4236999

Completar Padre, Madre o Tutor

Establecimiento Escolar al quererente

Código:

Datos Personales

Nombres y Apellido:

Sexo:

Grupo Sanguíneo:

Factor

Domicilio:

Edad:

Localidad:

Tel:

Datos Padre y/o Tutor Legal

Nombres y Apellido:

DNI:

Email:

Teléfono Laboral:

Completar: Médico de Cabecera

Antecedentes Quirúrgicos

S: No:

Descripción: _____

Fracturas

Descripción: _____

Antecedentes Pátológicos

S: No:

Descripción: _____

Antecedentes Patológicos

S: No:

Descripción: _____

Enfermedades del Aparato Digestivo

S: No:

Descripción: _____

Enfermedades Renales

S: No:

Descripción: _____

Sufrió Convulsiones?

S: No:

Descripción: _____

S: No:

No:

S: No:

Cual?: Lupus Eritematoso

Artritis Reumatoidea

Tuvo Enfermedades del Colágeno?

Recuerda Algun antecedente de importancia, ademas de los señalados anteriormente?

Cuáles: _____

Antecedentes Inmunológicos

Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación

Exquema completo de Vacunación Si: No:

Anti Hepatitis bi. Si: No: Anti Meningoco: Si: No: Anti Neumococo: Si: No:

Otros: Descripción:

No llenar rose vado para Personal Medico

Estado Salud Actual

Epilepsia

Si: No:

Recibe Tratamiento

Si: No:

Observaciones:

¿Sufre algun trastorno Neurológico?

Si: No:

Cuales:

¿Es Alergico?

Si: No:

Recibe Tratamiento

Si: No:

Cuales:

¿Es Diabetico?

Si: No:

Observaciones:

Recibe Tratamiento

Si: No:

¿Sufre trastornos da Coagulación Sanguinea?

Si: No:

Cuales: Piropura Hemanfilia Vasculitis:

¿Sufre enfermedades cardiacas?

Si: No:

Descripción:

¿Se desmaya con frecuencia?

Si: No:

Descripción:

¿Sufre enfermedades del aparato digestivo?

Si: No:

Cuales:

¿Presenta trastornos emocionales y/o de conducta?

Si: No:

Observaciones:

¿Sufre alguna enfermedad que no se detalla anteriormente?

Si: No:

Cuales:

Firma Padre u Tutor

Lugar:

Firma Medico de Cabecera

Fecha: