



Apellido y Nombres del alumno/a: _____

D.N.I.: _____

Grupo Sanguíneo y factor: _____

Ha sufrido: Hepatitis: Apendicitis: Fracturas:
(Especificar ubicación): _____
Insuficiencia cardíaca: Insuficiencia renal

Enfermedades que padece y/o a las que es propenso: Asma: Resfríos: Desmayos: Enuresis: Convulsiones:

Afecciones: Oído: Naríz: Ojos: Garganta: Intestinales: Gástricas:

Otras: Epilepsia: Diabetes: Alergias:

Agente: _____

Alimentos que no puede ingerir: _____

Medicamentos que no puede recibir: _____

Está vacunado contra el tétanos: ¿Es apto para realizar actividades físicas acordes a su edad?:

En caso de enfermedad o accidente, avisar a: _____

Domicilio: _____ Tel: _____ Cel: _____

Firma y sello del médico: _____

Datos al: (consignar fecha)

Evaluación cardiológica:
Electrocardiograma

Firma y sello del cardiólogo: _____

Ante una situación de emergencia de salud, autorizo **SI** **NO** (hacer un círculo en la opción que elijan) se traslade a mi hijo/a _____

DNI _____ Al centro médico que derive el servicio de emergencias "VITTAL".

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DE MAMÁ

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DE PAPÁ