

DATOS DEL ALUMNO

Apellido:..... Nombres:.....
 DNI N°:..... Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nac.:...../...../..... Email:
 Lugar de nacimiento:..... Nacionalidad:
 Domicilio: Calle:
N°.....Piso:...Torre:...Dpto:.....
 Localidad:.....C.P.:.....Tel:.....
 ...

BREVE HISTORIA CLÍNICA (Remarcar lo que corresponda y completar)

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO ¿A qué?.....
 ¿Cómo se manifiesta?.....
 ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI NO ¿Cuáles? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia.
 Otras:.....
 ¿Tuvo fracturas, esguinces o luxaciones? SI NO Especificar lesión y
 fecha:.....
 ¿Tiene problemas de coagulación? SI NO NO SÉ
 ¿Tiene el plan de vacunación completo? SI NO ¿Cuál le falta
 dar?:.....
 Enfermedades que tiene o suele tener: (Remarcar lo que corresponda) Afecciones de nariz, Af. De los ojos, Af.
 De la piel, Asma, Bronquitis, Diabetes, Desmayos, Enuresis, Epilepsia, Neumonía, Resfríos, Reumatismo,
 Sinusitis, Sonambulismo, Tos convulsa, Trastornos digestivos, Trastornos hepáticos.
 Otras:
 Enfermedades padecidas a la fecha: (Remarcar lo que corresponda) Difteria – Disentería – Eruptivas –
 Escarlatina – Hepatitis – Paperas – Rubéola – Sarampión – Varicela – Otras:

 ¿Tiene alguna aclaración que debamos tener en cuenta? SI NO En caso afirmativo
 detallar:.....

Los datos e información suministrados en la presente tienen carácter de Declaración Jurada

 Firma y aclaración de padre, madre, tutor o encargado

 N° de DNI

EXAMEN CLÍNICO. Debe ser completado por Médico de cabecera (Estatual o privado)

Determinación de: Talla:.....Peso:.....Frecuencia
 Cardíaca:.....
 Tensión
 Arterial:.....
 Aparato Respiratorio:.....
 Aparato
 Cardiovascular:.....
 Aparato Locomotor/postural:.....
 Otros:.....

Goza de buena salud. Apto para realizar educación física y deportes de acuerdo a sexo y edad.

.....de 20.....
 Firma del Médico Sello

<p>CONTROL OFTALMOLÓGICO (Marcar lo que corresponda)</p> <p>Normal Usa lentes Necesita lentes</p> <p>Observaciones:..... </p> <p>Firma y sello del Profesional</p>	<p>CONTROL BUCO DENTAL (Marcar lo que corresponda)</p> <p>Normal En tratamiento Necesita tratamiento</p> <p>Observaciones:..... </p> <p>Firma y sello del Profesional</p>
---	--

Av. Antártida Argentina 1910 – (1836) Llavallol – Provincia de Buenos Aires
Tel: (54 11) 4239-3400 al 3450 – www.euskalechea.esc.edu.ar