

REVERSO DE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



Dirección General de Cultura y Educación  
Ministerio de Salud  
Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo  
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Gabinete Social  
Provincia de Buenos Aires

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social: SIN COBERTURA N° Afiliado: .....

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:  
 Sí  NO  ¿Cuál?: ASMA  
 Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:  
 Sí  NO  ¿Por qué?: .....

**¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**

Sí  NO   
 En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: ERUPCIÓN  
 La alergia se debe a: LA LECHE No sabe  ¿Recibe tratamiento permanente?: Sí  NO

**TRATAMIENTOS:**

¿Recibe tratamiento médico?: Sí  NO  Especifique: .....  
 Quirúrgicos: Sí  NO  Edad: 7 Tipo de Cirugía: APENDICITIS  
 ¿Presenta alguna limitación física?: Sí  NO  Aclaración: .....  
 Otros problemas de salud: .....

NO LLENAR  
LOS PADRES

**VACUNAS OBLIGATORIAS:** Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2,  
 de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA  INCOMPLETA  SIN DATOS   
 En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

**DETERMINACIÓN DE:** Talla (en centímetros): 161 Peso: 52 Kgrs. (con 1 décimo)  
 Fecha de la Determinación: 18/04/05

**SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :**

**Recurrir a:** Institución: SALA DE SALUD LAS ANTENAS  
 Domicilio: ALMIRANTE BROWN Y SALCEDO Teléfono: 4690.5000/08 ROTATIVAS  
**Médico:** Apellido/s: BENITEZ Nombres: PABLO  
 Domicilio: JUNIN Y MONTEVIDEO Teléfono: 4837-9170  
**Familiar:** Apellido/s: TABERNA Nombres: AMELIA  
 Domicilio: IBARROLA 432 PISO 1 - DTO B Teléfono: .....

**ACTUALIZACIONES:**

Fecha: ...../...../..... Anual: Sí  NO  ¿Hay cambios? Sí  NO   
 Describa los cambios de salud del alumno: .....  
 Fecha: ...../...../..... Anual: Sí  NO  ¿Hay cambios? Sí  NO   
 Describa los cambios de salud del alumno: .....  
 Fecha: ...../...../..... Anual: Sí  NO  ¿Hay cambios? Sí  NO   
 Describa los cambios de salud del alumno: .....

**REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE**



Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario:

- |                                   |                          |                                |                                     |                                       |                                      |  |                                     |   |                          |   |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | Prestaciones válidas para nivel Post Primario<br><input type="checkbox"/> Simple<br><input type="checkbox"/> Doble<br><input type="checkbox"/> Completa |
| DMC: Desayuno / Merienda Completa | Copa de Leche Simple     | Copa de Leche Reforzada Simple | Comedor Simple y DMC                | Comedor Simple y Copa de Leche Simple | Comedor Simple y Copa de Leche Doble | Comedor Simple, DMC y Copa de Leche Simple | Comedor Doble y Copa de Leche Doble | Comedor Doble, DMC y Copa de Leche Simple |                          |   |

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción: 18/12/04

*[Firma]*  
Firma del responsable

JULIA TABERNA DE AQUINO  
Aclaración

*[Firma]*  
Firma del Director

INFORMACIÓN DE SALUD:  
REEMPLAZA A LA FICHA DE SALUD SOLICITADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA

DETECTA ALUMNOS CON POSIBLES PROBLEMAS DE SUB O SOBRE ALIMENTACIÓN. APORTA UN INDICADOR DE BIENESTAR.

INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA S.A.E.  
No todos los establecimientos educativos son beneficiarios del SAE