

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social: ..... N° Afiliado: .....

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:  
 Sí  NO  ¿Cuál?: .....  
 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: .....  
 La alergia se debe a: ..... No sabe  ¿Recibe tratamiento permanente?: Sí  NO

**TRATAMIENTOS:**

¿Recibe tratamiento médico?: Sí  NO  Especifique: .....  
 Quirúrgicos: Sí  NO  Edad: ..... Tipo de Cirugía: .....  
 ¿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): ..... Peso: ..... Kgrs. (con 1 décimo)  
 Fecha de la Determinación: ...../...../.....

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

**Recurrir a:** Institución: .....  
 Domicilio: ..... Teléfono: .....

**Médico:** Apellido/s: ..... Nombres: .....  
 Domicilio: ..... Teléfono: .....

**Familiar:** Apellido/s: ..... Nombres: .....  
 Domicilio: ..... 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 type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                              |
| DMC:<br>Desayuno /<br>Merienda<br>Completa | Copa de<br>Leche<br>Simple | Copa de<br>Leche<br>Reforzada<br>Simple | Comedor<br>Simple y<br>DMC | Comedor<br>Simple y<br>Copa de<br>Leche<br>Simple | Comedor<br>Simple y<br>Copa de<br>Leche<br>Doble | Comedor<br>Simple,<br>DMC y Copa<br>de Leche<br>Simple | Comedor<br>Doble y<br>Copa de<br>Leche<br>Doble | Comedor<br>Doble, DMC<br>y Copa de<br>Leche<br>Simple |

*Prestaciones válidas para nivel Post Primario*

Simple  
 Doble  
 Completa

*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: ...../...../.....

Firma del responsable

Aclaración

.....  
 Firma del Director