



DATOS DEL ALUMNO

Escuela: _____ D.E.: _____ Año: _____ División: _____ Turno: _____
 Apellido y Nombre del alumno: _____
 Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 D.N.I.: _____ Localidad: _____
 Nombre del Adulto responsable: _____
 Vínculo: _____ Tel.: del Responsable: _____ Tel (2): _____
 Pertenece a: _____ Vínculo: _____ Posee cobertura médica: SI | NO
 Tipo y nombre de Obra Social: _____ Prepaga: _____
 Plan médico de cabecera: _____ Posee libreta oficial de salud escolar SI | NO
 Última fecha de actualización de la libreta oficial de salud escolar: ____/____/____

ANTECEDENTES DE SALUD

1) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	OBSERVACIONES
diabetes.			
enfermedad cardíaca (Soplo, palpitaciones, hipertensión).			
hernia.			
alergia (aclarar a que y como al trata).			
convulsiones.			
asma.			
sinusitis, adenoiditis, otitis (a repetición).			
otras (aclarar cuál)			
2) Operaciones (aclarar mes y año)			
de apendicitis.			
otras.			
3) En los últimos 2 meses ¿tuvo alguna de éstas enfermedades?			
hepatitis.			
sarampión.			
paperas.			
mononucleosis infecciosa.			
tuberculosis.			
fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de que).			
4) ¿Manifiesta algún problema...			
... auditivo? ¿cuál?			
... visual? ¿cuál?			
... con algún tipo de alimento? ¿cuál?			
... de sueño o el de dormir? ¿cuál?			
... cuando viaja en algún medio de transporte? ¿cuál?			
... con la práctica de deportes? ¿cuál?			
... para retener la orina?			
... de desviación de columna?			
... de pérdida de conciencia?			
... de desmayos por golpe de calor?			
5) ¿Posee algún familiar directo fallecido antes de los 45 años por falla cardíaca súbita?			
6) ¿Actualmente toma algún medicamento? Indique el nombre de la medicación y duración del tratamiento			

Indique si sabe nadar SI NO

Otra información que le parezca importante señalar: _____

La presente es solo una declaración del adulto responsable del joven a su cargo para conocimiento de la escuela, por lo tanto, NO REQUIERE FIRMA DE PROFESIONAL MÉDICO ALGUNO.

La Libreta Oficial de Salud Escolar es el único documento válido y obligatorio para realizar actividades curriculares en la escuela, incluyendo las de Educación Física y las acuáticas. Su validez es trienal y el control de salud para su extensión o actualización se realiza solo por profesionales designados por el Programa de Salud Escolar de la Secretaría de Salud del GCBA, durante el curso del año lectivo de pre - escolar, 1º, 4 y 7º grado y 2º años de las Escuelas Medias. Para considerarla actualizada deberán figurar la fecha, firma y sello del profesional interviniente.

Firma del adulto responsable

Aclaración

D.N.I