



PARA COMPLETAR POR LOS PADRES

Apellido y Nombres:.....

Sala o Grado en 2021: Edad: Fecha de Nac:.....

Posee cobertura médica SI NO

Cual:.....

Domicilio del sanatorio donde quiere que seaderivado:.....

.....

Nº de afiliado de la Obra Social:.....

EVALUACION CLINICA

¿Es asmático/a o sufre algún problema respiratorio?:.....

Tratamiento:.....

¿Es alérgico/a?:..... ¿A qué?:.....

¿Cómo se manifiesta la alergia?:.....

¿Qué cuidados especiales requiere?:.....

¿Es diabético/a?:..... Tratamiento:.....

¿Está realizando algún tratamiento?:..... ¿Cuál?:.....

¿Tuvo fractura ósea?:..... (aclaración):.....

¿Tiene alguna irregularidad cardiaca?:..... ¿Cuál?:.....

¿Tiene algún problema circulatorio?:.....

¿Fue operado/a?:..... Observación:.....

¿Ha padecido enfermedades infecciosas?:..... ¿Cuál?:.....

¿Suele sangrar por la nariz?: Motivo:.....

¿Estuvo o está en algún tratamiento psicológico?:.....

Motivo:.....

¿Toma algún medicamento diario?:

Horario y condiciones:.....

¿Convivo con una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19? SI NO

¿Pasé en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19? SI NO

Algo que los médicos y docentes debieran conocer?.....

Otras observaciones:.....

Declaro que los datos consignados anteriormente, tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

.....
Firma del madre/padre/tutor/a o encargado/a

.....
Firma de la madre/padre/tutor/a o encargado/a

.....
Aclaración y D.N.I.

.....
Aclaración y D.N.I.