



Orden de Clerigos Regulares
Colegio San Cayetano

Inic. DIEGEP 1472 / E.P. DIEGEP 0535 / E.S. DIEGEP 7016
Deán Funes 940/ 950 (1607) Villa Adelina
www.sancayetanova.edu.ar



1524 – 2024 500 Años fundación Orden Teatina

1964 – 2024 60º Aniversario Colegio San Cayetano

INFORME DE SALUD 2025

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Apellido: _____ Nombres: _____ Año/Sección: _____

Nro. documento: _____ Nacionalidad: _____

Sexo: _____ Fecha de Nac: / / Lugar de Nac: _____

Domicilio. Calle _____

Localidad: _____ Cod. Postal: _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?
SI NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a: _____ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico?: SI NO Especifique medicación y/o tratamiento: _____

Quirúrgicos: SI NO Edad: _____ Tipo de cirugía: _____

¿Presenta alguna limitación física?: SI NO Aclaración: _____

Otros problemas de salud: _____

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunaciones y de acuerdo a su vencimiento. VACUNACION: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS

NO LLENAR LOS PADRES

En caso de ser incompleta o sin datos debe realizar consulta médica

SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:

Recurrir a: Institución: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Médico Apellido: _____ Nombres: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Familiar Apellido: _____ Nombres: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

ACTUALIZACIONES:

Fecha: / / Anual: SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno/a: _____

ACTUALIZACIONES:

Fecha: / / Anual: SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno/a: _____

CERTIFICACION MEDICA

El estudiante es apto para realizar actividad física acorde a su edad ? SI NO

Firma y sello del profesional

La 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: / /

Firma del Responsable

Aclaración