



Orden de Clérigos Regulares

Colegio San Cayetano

Inic.DIEGEP 1472/ E.P. DIEGEP 0535 / E.S. DIEGEP 7016

Deán Fuenes 940/950 Villa Adelina Tel 4766-2195

www.sancayetanova.edu.ar

INFORME DE SALUD 2025

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Apellido: _____ Nombres: _____ Año/Sección: _____
 Nro. documento: _____ Nacionalidad: _____
 Sexo: _____ Fecha de Nac: / / Lugar de Nac: _____
 Domicilio. Calle _____ N° _____ Piso / Dto. _____
 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: _____
 Quirúrgicos: SI NO Edad: _____ Tipo de cirugía: _____
 ¿Presenta alguna limitación física?: SI NO Aclaración: _____
 Otros problemas de salud: _____

NO LLENAR LOS PADRES **VACUNAS OBLIGATORIAS:** Tomando en cuenta el Calendario de Vacunaciones y de acuerdo a su vencimiento. VACUNACION: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos debe realizar consulta médica
DETERMINACION DE : Talla (en centímetros): _____ Peso: _____ kg.

SI EL ALUMNO 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
 Describa los cambios de salud del alumno/a: _____

ACTUALIZACIONES:
 Fecha: / / Anual: SI NO ¿Hay cambios? SI NO
 Describa los cambios de salud del alumno/a: _____

CERTIFICACION MEDICA
 El Alumno/a es apto para realizar actividad física acorde a su sexo y 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