



ESCUELA COMPLEJO EVANGELICO PILAR

## ANEXO, Información solicitada por la Provincia de Bs.As. necesaria para la Plataforma "Mis Estudiantes"



### Datos de la persona responsable.

Vínculo con el estudiante: ..... Nombre y apellido: .....  
 Nacionalidad: ..... Asistió a algún establecimiento educacional:  SÍ  NO  
 Nivel más alto que cursó:  PRIMARIO  SECUNDARIO  TERCARIO  SUPERIOR UNIVERSITARIO  POSGRADO  
 ¿Completó ese Nivel?  SÍ  NO

### Del alumno:

- Señalar si asiste a algún:
  - CENTRO DE EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA (CEC) .....
  - CENTRO DE EDUCACIÓN FÍSICA (CEF) .....
  - ESCUELA DE EDUCACIÓN ARTÍSTICA .....
- Cantidad de hermanos: ..... Cantidad de hermanos en la ECEP: .....
- Medio de transporte para asistir a la escuela: .....
- ¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?  SÍ  NO
- ¿Se habla otra lengua en el hogar?  SÍ  NO

### Antecedentes de salud del estudiante:

- ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes condiciones de salud?
  - Asma/Broncoespasmos a repetición.  SÍ  NO
  - Celiaquía.  SÍ  NO
  - Problemas/Condiciones cardíacas.  SÍ  NO
  - Diabetes.  SÍ  NO
  - Presión arterial elevada.  SÍ  NO
  - Convulsiones.  SÍ  NO
  - Alteraciones sanguíneas.  SÍ  NO
  - Ataques de pánico.  SÍ  NO
  - Ataques de ansiedad.  SÍ  NO
  - Fobia social.  SÍ  NO
  - Quemaduras moderadas o severas.  SÍ  NO
  - Falta o funcionamiento de algún órgano.  SÍ  NO ¿CUÁL? .....
  - Enfermedad oncohematológica.  SÍ  NO
  - Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos.  SÍ  NO
  - Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas.  SÍ  NO
  - Otro problema en los huesos o articulaciones.  SÍ  NO
  - Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación.  SÍ  NO
  - Problemas de piel.  SÍ  NO
- En relación al ejercicio (durante o después), el estudiante ha padecido alguna vez:
  - Desmayos.  SÍ  NO
  - Dolor fuerte en el pecho.  SÍ  NO
  - Mareos.  SÍ  NO
  - Mayor cansancio que sus compañeros/as.  SÍ  NO
  - Palpitaciones.  SÍ  NO
  - Dificultad para respirar durante o después de la actividad física.  SÍ  NO
- ¿El/la estudiante tiene aplicada la vacuna contra el COVID?  SÍ  NO  
 Especifique cuántas dosis .....

Nombre y Apellido del Alumno/a:

Curso: ..... Turno: .....

### Antecedentes familiares:

- ¿Algún miembro familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?
  - Muerte súbita de un familiar directo menos de 50 años.  SÍ  NO
  - Tos crónica.  SÍ  NO
  - Diabetes.  SÍ  NO
  - Celiaquía.  SÍ  NO
  - Problemas cardíacos.  SÍ  NO

Firma del responsable:

Fecha: .....

Aclaración: .....

DNI: ..... Número de teléfono: .....