



ESCUELA COMPLEJO EVANGELICO PILAR

DIEGEP N° 7902

Av. Dr. Honorio Pueyrredón 2775 | (B1631FZK) Villa Rosa ~ PILAR, Pcia. de Bs.As.
 Tel.: (0230) 449-8441 | Fax: (0230) 449-4147 | secundario@ecep.edu.ar | www.ecep.edu.ar

Información de Salud

1. Datos del Alumno:

Fecha: _____

Nombres y apellido: _____

Dirección (calle, N°, Barrio): _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Informante: Madre Padre Otro: _____

2. Antecedentes de Enfermedad

a. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SI ¿Cuál? _____

b. Durante los últimos tres años fue internado alguna vez? NO SI

¿Por qué? _____

c. ¿Recibió tratamiento quirúrgico? NO SI Edad: _____ Tipo de cirugía: _____

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

e. Otros problemas de salud: _____

f. ¿Tiene algún tipo de alergia? NO SI

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____

La alergia se debe a: No sabe Motivo: _____

¿Recibe por las alergias tratamiento permanente? NO SI

3. Vacunas. Según el calendario de vacunación están Completas Incompletas

FIRMAR TAMBIEN ATRAS

Nombre y apellido (padre, madre o encargado) _____

Firma

Si el alumno tiene algún problema de salud

Recurrir a: Institución: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Avisar al médico: Nombre y apellido: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Avisar a familiar: Nombre y apellido: _____
Teléfono: _____ Celular: _____

Actualizaciones

Fecha: _____ Actualización anual: NO SI

¿Hubo cambios respecto al año anterior? NO SI

Si los hubo describa cuáles: _____

Autorización

El que suscribe, el Sr/Sra.: _____
toma conocimiento y autoriza a su hijo/a: _____
a que realice Actividad Física escolar.

Firma

Aclaración _____

DNI: _____

Autorización

Autorizo a mi hijo/a mencionado más arriba a ser fotografiado en cualquier evento u oportunidad que se halle en situación de aprendizaje dentro y fuera de la escuela (actos escolares, salidas didácticas, representaciones).

Firma Notficado:

Aclaración _____ DNI: _____

Exclusivo para uso de Nivel Secundario

Autorización (esta autorización no suplanta al Registro de Firmas)

Para retiros anticipados o clases en contraturnos, asimismo autorizo a mi hijo/a mencionado en esta hoja más arriba a que en caso de ausencia de profesor/a, mi hijo/a se retire sólo del Establecimiento.

Firma

Aclaración _____

DNI: _____