

E.P.E.T. N° 27
 Chubut 234 Neuquén Capital
 Celular: 2995776745

Curso:

Planilla medica

Datos personales del estudiante

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
Fecha de Nacimiento: / /	Factor sanguíneo:	
Estatura:	Peso:	Estado general de salud:
Domicilio:	Tel. particular	
Localidad:	Provincia:	
Obra social:	N° afiliado:	
Nombre padre/madre/tutor:		Celular:
Nombre padre/madre/tutor:		Celular:
Domicilio:		Celular:
Otro contacto de emergencia: Nombre:		
Parentesco:		celular:
Vacunas Covid: SI Dosis: 1/2/3/4 NO		

Datos Deportivos

Deporte/s que practica:
Intitución:

Historia Salud del estudiante

Para ser completado por padre/madre/tutor

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

SI	NO	Detalle
		Enfermedades respiratorias (ej. Asma, epoc)
		Enfermedades metabólicas (ej diabetes)
		Enfermedades cardiovasculares (ej soplos)
		Enfermedades articulares (ej artritis)
		Enfermedades neurológicas (ej epilepsia)
		Enfermedad actual
		Cirugía reciente
		Toma medicación
		Dolor en el pecho
		Tuvo episodio de desmayo o síncope
		Es alérgico a:

Algo más que quiera notificar:.....

Según mí leal consentimiento, yo
 DNI.....declaro verídicos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

Firma padre/madre/tutor.....

Aclaración.....