



# FUNDACIÓN CRISTIANA FRANCISCO MENOYO

EDUCANDO DESDE 1993 INTEGRANDO LA CULTURA Y LA FE



## FICHA DE SALUD (Son obligatorias tanto la versión online como la escrita)

**IMPRIMIR EN HOJA LEGAL**

**ENTREGAR EN ADMINISTRACIÓN**

**FECHA**.....

**Cobertura** ¿Tiene Obra Social / Prepaga?  Sí  No

Nombre de obra social.....Nº afiliado.....

### Antecedentes de enfermedad

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  Sí  No

¿Cuál? .....

Durante los últimos tres años ¿Fue internado alguna vez?  Sí  No

¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia?  Sí  No

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones.....

.....

La alergia se debe a: .....

¿Recibe tratamiento permanente?  Sí  No

### Tratamientos

¿Recibe tratamiento médico?  Sí  No

Especifique: .....

¿Quirúrgicos?  Sí  No Edad: ..... Tipo de cirugía:.....

¿Presenta alguna limitación física?  Sí  No

Indique si posee otros problemas de salud.....

¿Realiza algún tipo de terapia?  Sí  No

¿Qué tipo de terapia?.....

¿Posee proyecto de inclusión?  Sí  No

**Vacunas Obligatorias** Completa – Incompleta **(Marcar el que corresponda)**

### Teléfonos de contacto en caso de emergencia

NOMBRE Y APELLIDO:.....PARENTESCO..... TELÉFONO:.....

NOMBRE Y APELLIDO:.....PARENTESCO..... TELÉFONO:.....

NOMBRE Y APELLIDO:.....PARENTESCO..... TELÉFONO:.....

**FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR:**.....**DNI:**.....

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:**.....

**CURSO / SALITA:**.....**TURNO:**.....

**NIVEL INICIAL - NIVEL PRIMARIO – NIVEL SECUNDARIO (Marcar el que corresponda)**