



INFORME DE SALUD ANUAL (ISA)

2023

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de Salud** de su hijo/a.

Deberá presentarse anualmente y al inicio del Ciclo Lectivo.

A) DATOS GENERAL

Fecha.....
Apellido y Nombre del Alumno:.....
DNI.:.....
Escuela:.....Curso:.....Turno:.....
Edad:.....Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....
Domicilio:.....Localidad:.....
Teléfono:.....Obra Social: **SÍ / NO** ¿Cuál?:.....
Grupo Sanguíneo.....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles? Recibe atención médica: **SÍ / NO**

.....

¿Padece alguna de estas patologías?:

☐

Alergias

☐

Cardiovasculares

☐

Diabetes

(Arritmia, hipertensión arterial, etc.)

☐

Neurológicas

☐

Oftalmológica

☐

Auditivas

(Convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

Toma medicación alguna Sí / NO ¿Cuál es?

.....

C) ¿Padeció COVID19?

Sí NO ¿En qué fecha?

D) ¿El alumno/a esta vacunado contra el covid19?

Sí NO

E) Cantidad de dosis: _____

F) Sres. Padres / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

.....
.....

G) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera.

Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo.

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

DNI Nº

CONGREGACIÓN DE HERMANAS Terciarias Misioneras Franciscanas

INSTITUTO "SAN ANTONIO"

Av. Sabattini 141. Te: 0353-4521800 / 4520066

5900-Villa María – Cba.

"Paz y Bien"



FICHA DE EVACUACIÓN

2023

NIVEL:.....

SALA/GRADO:.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I.:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....

GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR RH:

TEL. FAMILIARES:.....

ALÉRGICO Y/O ANTECEDENTES:.....

FIRMA:..... ACLARACIÓN:.....

FECHA:/...../.....