



**INSTITUTO DE FORMACIÓN DOCENTE N° 813
“PROFESOR PABLO LUPPI”**

FICHA DE SALUD

NOMBRE Y APELLIDO:

D.N.I:

TELEFONO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

EN CASO DE URGENCIA COMUNICARSE CON:

.....

TEL

ES ALERGICO A

PADECE O PADECIÓ:

Epilepsia.....

Asma

Paperas

Afecciones Cardíacas

Eruptivas

Vacunas o sueros recibidos

Antitetánica

Está bajo algún tratamiento médico

Alimentos que no puede ingerir

Grupo sanguíneo Factor RH

Otros datos que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo:

.....

.....

DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS.

FIRMA Y ACLARACION:

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD: NOMBRE DE LA MADRE / PADRE o TUTOR:

.....