

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:

Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

DNI:

Identidad de género:

☐ Mujer ☐ Mujer trans ☐ Varón ☐ Varón trans

☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder

Lugar de nacimiento:

☐ En Argentina ☐ Otra nacionalidad, indique cual:

DOMICILIO

Calle:

Nº:

Entre calle:

y calle:

Provincia:

Localidad

Teléfono:

Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?

☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, indique cual:

Nº Afiliado:

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiarquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

¿Otros problemas de salud?, describir:

DATOS DE CONTACTO DE ALGÚN ADULTO REFERENTE (FAMILIAR, AMIGO, ETC.)

Apellido/s:

Nombre/s:

Teléfono: (cód. área:)

Vínculo con estudiante:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma:

Aclaración:

Fecha de inscripción: / /