



# Inmunológicos

\*Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación.

- ¿Tiene el alumno el Esquema de Vacunación completo para su edad? Sí  No
- ¿Recibió otras Vacunas? Sí  No
- (\*)¿Indique cuáles?: Anti Hepatitis "A"  Anti Hepatitis "B"  Anti Meningococo  Anti Neumococo
- Otras\*\*  \_\_\_\_\_

## 4) Estado de Salud Actual

- ¿Tiene Epilepsia? Sí  No  (\*)¿Recibe tratamiento? Sí  No
- Observaciones: \_\_\_\_\_
- ¿Sufre algún otro trastorno Neurológico? Sí  No
- (\*)¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

- ¿Es Alérgico? Sí  No  (\*)Medicamentos  ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- (\*)Picadura de Insectos  ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- (\*)Polvo  (\*)Polen
- (\*)Pelo de Animales
- (\*)Otros  \_\_\_\_\_

- ¿Es diabético? Sí  No  (\*)¿Recibe tratamiento? Sí  No
- Observaciones: \_\_\_\_\_
- ¿Sufre trastornos de la coagulación sanguínea? Sí  No
- (\*)¿Cuál?: Púrpura  Hemofilia  Vasculitis
- Otras  \_\_\_\_\_

- ¿Sufre enfermedades cardíacas? Sí  No
- Descripción: \_\_\_\_\_
- ¿Sufre enfermedades del aparato digestivo? Sí  No
- Descripción: \_\_\_\_\_
- ¿Se desmaya con frecuencia? Sí  No
- Descripción: \_\_\_\_\_

- ¿Presenta trastornos emocionales y/o de conducta? Sí  No
- Observaciones: \_\_\_\_\_
- (\*)¿Recibe apoyo de especialistas? Sí  No

- Si sufre alguna otra enfermedad, que no figure en las arriba mencionadas, por favor, sírvase indicar cuál. Sí  No  Observaciones: \_\_\_\_\_

- Sufrió enfermedad por Covid-19. Sí  No  \*Obs.: \_\_\_\_\_
- Familiares cercanos sufrieron enfermedad por Covid-19. Sí  No  \*Obs.: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor

Firma del Médico de Cabecera

Lugar y Fecha

El presente Legajo de Salud posee carácter de DECLARACION JURADA, omitir información en el mismo, puede poner en riesgo la vida de su hijo. Colabore con nosotros en esta Campaña de Salud Escolar.-