Ministerio de SALUD Ministerio de EDUCACIÓN GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ENTRE TODOS

# INFORME DE SALUD ANUAL (I.S.A.)

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:……

D.N.I.:……

Escuela:……..…Curso:……Turno:……

Edad:…….Sexo:……Fecha de Nacimiento:……

Domicilio:……..Localidad:……..

Teléfono:……Obra Social: **SI / NO** Cuál:……Grupo Sanguíneo…..…

**B) Antecedentes Personales de Salud:**

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

……

……

Toma medicación alguna SI / NO Cuál es?

……

……

**¿Padece alguna de estas patologías?:**

Alergias ☐ Cardiovasculares ☐ (arritmia, hipertensión arterial, etc.) Diabetes ☐

Neurológicas ☐ Oftalmológica ☐ Auditivas ☐

(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

**C) 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.

……
……
……
……
……
……

**D)** 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

D.N.I. Nº:……..