

**A - CONDICION DE SALUD**

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Peso: _____ Kg. Talla: _____ Teléfonos: _____

Mail: _____

B.1 - DATOS A COMPLETAR

Información de salud necesaria (marcar con una cruz las respuestas positivas)

Asma	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Presión arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------

Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Celiaquismo	<input type="checkbox"/>	Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------------	--------------------------

B.2 - ANTEDECENTES

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO	SI	¿cuál?
----	----	--------

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

NO	SI	¿Por qué?
----	----	-----------

B.3 - ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

En caso afirmativo, describa manifestaciones:

La alergia se debe a: _____ No sabe

¿Recibe tratamiento permanente?	NO	SI	¿Cuál?
---------------------------------	----	----	--------

C - TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico?	NO	SI	Medicación/dosis
-----------------------------	----	----	------------------

¿Quirúrgicos?	NO	SI
---------------	----	----

¿Presenta alguna limitación física?	NO	SI
-------------------------------------	----	----

Si contestó positivamente alguna de las 3 opciones anteriores, detalle el caso: _____

D - SI EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD

En caso de accidente será derivado al Hospital de Niños de la ciudad de La Plata

Avisar al Médico:	Nombre y Apellido	
	Dirección:	Teléfono:
Avisar al Familiar:	Nombre y Apellido	
	Dirección:	Teléfono:

Firma, aclaración y DNI de las madres, padres, tutores del niño:

Fecha: _____

Los datos consignados en las presente planilla son ciertos y somos responsables de los mismos.