

*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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene Epilepsia? (*)¿Recibe tratamiento? Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ _____ | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sufre algún otro trastorno Neurológico? Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (*)¿Cuáles?: _____ _____ |
|--|--|

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es Alérgico? (*)Medicamentos <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?: _____ _____ | <ul style="list-style-type: none"> (*)Picadura de Insectos <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?: _____ | <ul style="list-style-type: none"> (*)Polvo <input type="checkbox"/> (*)Polen <input type="checkbox"/> (*)Pelo de Animales <input type="checkbox"/> (*)Otros <input type="checkbox"/> _____ |
|--|---|---|

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es diabético? (*)¿Recibe tratamiento? Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ _____ | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sufre trastornos de la coagulación sanguínea? Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (*)¿Cuál?: Púrpura <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Vasculitis <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____ |
|---|--|

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sufre enfermedades cardíacas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descripción: _____ _____ | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sufre enfermedades del aparato digestivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descripción: _____ _____ | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se desmaya con frecuencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descripción: _____ _____ |
|---|---|--|

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Presenta trastornos emocionales y/o de conducta? Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ | <ul style="list-style-type: none"> (*)¿Recibe apoyo de especialistas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|--|--|

- 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 Medico de Cabecera

Lugar y Fecha