



SERVICIOS Y
PRESTACIONES
S.A.

Programa de Salud Escolar

FICHA DE DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:

D.N.I.:

NACIONALIDAD :

SEXO :

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO :

DOMICILIO: LOCALIDAD:

TELEFONO:.....CELULAR.....

EMAIL

COBERTURA MEDICA:Nº:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE:

NACIONALIDAD:

PROFESION U OCUPACION:

DOMICILIO LABORAL:

TELEFONO:.....CELULAR.....

EMAIL

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:

NACIONALIDAD:

PROFESION U OCUPACION:

DOMICILIO LABORAL:

TELEFONO:.....CELULAR.....

EMAIL

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES (marcar con una X si corresponde)					
01	Diabetes	09	Sedentarismo	17	Asma
02	Tabaco	10	Ins. cardíaca	18	Hipertiroidismo
03	Stress	11	Angor	19	Alergias
04	Obesidad	12	Tromboembolismo	20	EPOC
05	Hipertensión	13	By Pass	21	Psiquiátricos
06	ACV	14	Valvulopatía	22	Otros
07	Gota	15	Arritmia	23	Ninguno
08	Dislipemia	16	IAM		

EN TRATAMIENTO CON : (marcar con una X si corresponde)					
01	Digital	07	Rehabilitación	13	Insulina
02	Inhib. card.	08	Antiinflamatorios	14	Broncodilatadores
03	Antiarrítmicos	09	Corticoides	15	Otros
04	Potasio	10	Psicotrópicos	16	Vasodilatadores
05	Betabloq.	11	Anticoagulantes	17	ATB
06	Diuréticos	12	Hipoglucemiantes		

MEDICAMENTOS: ¿Cuáles?

SANATORIO o CENTRO MÉDICO (donde desea sea internado en orden de preferencia, siempre que sea posible y a criterio del médico de Ayuda interviniente.)	
Nombre	Dirección

EN CASO DE NECESIDAD, LLAMAR A : (otros familiares)		
Nombre	Dirección	Teléfono

MEDICO DE CABECERA:		
Nombre	Dirección	Teléfono

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

ACLARACION: FECHA: