

**INFORMACIÓN DE SALUD:** Obra Social: .....Nº de afiliado:.....  
¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médicos periódicos? SI: ... NO: ... ¿Cuál?

.....  
Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? SI: .... NO: .... ¿Por qué? .....  
¿Tiene algún tipo de alergia? SI: .... NO: .... En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

.....  
La alergia se debe a: ..... No sabe.... ¿Recibe tratamiento permanentemente? SI: ..... NO:

.....  
**TRATAMIENTOS:** ¿Recibe tratamiento médico? SI: ... NO: ... Especifique: .....

Quirúrgicos: SI: ..... NO: .... Edad: .....Tipo de cirugía:.....

¿Presenta alguna limitación física? SI: .... NO: .... Aclaración: .....

Otros problemas de salud: .....

EN CASO DE QUE TUVIERA ALGUNA EMERGENCIA O PROBLEMA DE SALUD ESTANDO EN EL CFP RECURRIR A:

DETALLE	NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
INSTITUCIÓN			
MÉDICO			
FAMILIAR			

**DATOS DE FAMILIAR / TUTOR: (Completar sólo los menores de 18 años)**

**Parentesco:** Madre: .... Padre: .... Tutor / Responsable: ..... OTROS: .....

Apellido y Nombres: ..... Tipo de Doc.:..... Nº: .....

Nacionalidad: .....Profesión / Ocupación: .....

**Domicilio:** (Solo si fuera distinta a la del alumno):

Calle:.....Nº: ..... Piso:.....Torre: ..... Dpto:.....

Manzana: ..... Casa: ..... Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono/s: .....

**DATOS PARA MINISTERIO DE EDUCACIÓN:**

Tiene algún tipo de discapacidad: SI .... NO....

Tiene seguimiento docente estatal: SI ... NO ... Seguimiento docente privado: SI .... NO .... Sin seguimiento: ....

Alumno en contexto de privación de libertad: SI .... NO ... Centro de detención: .....

¿Proviene del ámbito rural?: SI ..... NO .....

Alumno de población indígena y/o hablantes de lenguas indígenas: SI ..... NO .....

**SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA**

El CFP tiene un **SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA GRATUITO** para los alumnos. ¿Autoriza a llamarlo en caso de que lo necesite? SI: .... NO: .... Si es menor de 18 años deberá firmar su padre/ madre o tutor.

.....  
FIRMA DEL ALUMNO

.....  
FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

La totalidad de los datos e información suministrada por quien / es suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

**Si el alumno menor de 18 años tuviera alguna restricción judicial para su retiro, se deberá adjuntar copia.**

Firmamos con conformidad el talón adjunto con la normativa del Centro y el compromiso del alumno.

.....  
FIRMA DEL ALUMNO

.....  
FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....  
ACLARACION

.....  
TIPO Y N ° DE DOC. DEL FLIAR.