



UNR

Instituto Politécnico Superior "General San Martín"

Avda. Pellegrini 250 - S2000BTP Rosario | +54 (0) 341-4802641/3 | www.ips.edu.ar

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido del Alumno: _____

Documento: Tipo _____ Número _____

Sexo: _____ Edad: _____ Domicilio: _____

Teléfono Casa: _____ Celular _____ Otros contactos: _____

Nombre de Padre, Madre o Tutor: _____

¿Está Afiliado a un Servicio de Emergencia? _____

¿Cuál? _____ N° de carnet: _____ Tel: _____

¿Está afiliado a una Obra Social? _____Cuál: _____

N° de carnet: _____ Tel: _____

*Registre un Teléfono alternativo al cual comunicarnos en caso de emergencia:

Nombre y Apellido: _____

Teléfono de la Casa: _____ Celular: _____ Otros: _____

Correo Electrónico: _____

Señores Padres:

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. Recuerde que el alumno desarrollará sus actividades en laboratorios y talleres donde se manipulan maquinarias, herramientas de carpintería, electricidad, construcción, soldadoras, etc.; por tal motivo ante cualquier duda que surja al completar la ficha pedimos por favor consulte con su médico.

Completar con letra imprenta mayúscula.

Los datos son de carácter confidencial y solo de uso institucional.



Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____

Peso: _____ Estatura: _____

ESQUEMA DE VACUNACIÓN: (indique fecha de última dosis aplicada)

BCG	TRIPLE VIRAL	H1N1
SABIN	ANTISARAMPIONOSA	INFLUENZA ESTACIONAL
QUINTUPLE	Td	DPT
OTRAS:		

Ha tenido o tiene: (marque con una X lo que corresponda)

Amigdalitis repetitivas ()	Convulsiones ()	Vértigos o Mareos ()
Diabetes ()	Úlceras ()	Hipertensión Arterial ()
Sinusitis ()	Bronquitis ()	Problemas Emocionales ()
Fiebre Reumática ()	Neumonía ()	Asma Bronquial ()
Traumatismo Severo ()	Diarreas Frecuentes ()	Parasitosis Intestinal ()
Hepatitis ()	Gastritis ()	Tuberculosis ()
Enfermedades Cardíacas ()	Dolores de Cabeza Frecuentes ()	Hernias ()
Enferm. Infecto - Contagiosas ()	Trastornos Alimentarios ()	
OTRAS:		

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, sustancias, picaduras de insectos?. En caso de ser POSITIVO mencione cuál/es: _____



Intervenciones Quirúrgicas: Indique cuales y fechas.

*Marque con una X si el alumno se encuentra bajo alguno de los siguientes tratamientos:

Médico:

Psicológico:

Neurológico:

Ortodóncico:

Ortopédico:

Otro: ¿Cuál? -----

¿Toma algún medicamento en forma regular? _____ ¿Cuál? _____ Dosis: _____

¿Desde Cuándo?: -----

¿Hasta Cuándo?: -----

Tachar la opción que **NO** corresponda

¿El alumno puede realizar Actividad Física? (SI) (NO)

¿El alumno puede manejar máquinas y herramientas? (SI) (NO)

¿El alumno puede estar en contacto con elementos químicos y de laboratorios? (SI) (NO)

Adjuntar certificado de aptitud física, electrocardiograma y fotocopia de certificado de vacunación antitetánica.

TODOS LOS DATOS SON ACTUALIZADOS Y CORRECTOS.

SE EXIME A LA INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD.

FECHA:

Firma y Aclaración del Padre Madre o Tutor