



Con esta solicitud debe adjuntarse toda la documentación **COMPLETA** solicitada en la **GUÍA PARA EL PERÍODO DE ADAPTACIÓN** y debe ser entregada **PERSONALMENTE** por los padres y/o tutor del aspirante, los días lunes a jueves de 9 a 18 hs. en la **Secretaría Académica de la Escuela**.

(Completar en letra de imprenta toda la solicitud)

Fecha:

DATOS DEL ASPIRANTE

| | |
|-------------------------------------------------|-----------------|
| Apellido y Nombres: | |
| D.N.I. Nº: | C.U.I.L. Nº: |
| Lugar de nacimiento: | |
| Fecha de nacimiento: | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: |
| E-mail: | |
| Domicilio: | |
| Localidad: | C. Postal: |
| Tiene vinculación con el campo: SI – NO Cuál? | |

DATOS ESCOLARES

| | | | |
|-----------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| Concurrió a Escuela: | | Nº: | |
| Ubicación de la Escuela de Procedencia | | | |
| Localidad/Paraje | C. Postal | Partido | Provincia |
| | | | |

FIRMA DEL ASPIRANTE

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Aclaración:

Aclaración:

**DATOS FAMILIARES DEL ASPIRANTE**

| | |
|------------|--------|
| Aspirante: | Fecha: |
|------------|--------|

DATOS DEL PADRE

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Apellido y Nombres: | Vive: SI - NO |
| D.N.I. Nº: | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: |
| E-mail: | |
| Domicilio: | |
| Localidad: | C. Postal: |
| Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro): | |

DATOS DE LA MADRE

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Apellido y Nombres: | Vive: SI - NO |
| D.N.I. Nº: | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: |
| E-mail: | |
| Domicilio: | |
| Localidad: | C. Postal: |
| Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro): | |

DATOS DEL TUTOR/A

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Apellido y Nombres: | |
| D.N.I. Nº: | |
| Teléfono fijo: | Teléfono móvil: |
| E-mail: | |
| Domicilio: | |
| Localidad: | C. Postal: |
| Relación ó vínculo con el aspirante: | |
| Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro): | |



Para ingresar a **1º Año** se realiza un Período de Adaptación en donde se evaluará integralmente a los/las aspirantes en base a:

- Actividades grupales y entrevistas individuales.
- Adaptación a todas las actividades institucionales (trabajos prácticos, aula, residencia estudiantil, etc.)
- Diagnóstico de las competencias cognitivas básicas en las cuatro (4) áreas: Lengua, Matemática, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales (Geografía, Historia).

ELEMENTOS A TRAER POR EL ASPIRANTE:

colchón, almohada, ropa de cama, toallas, elementos personales, (papel higiénico, jabón, desodorante, pasta dental, cepillo de dientes) ropa para concurrir al aula (no musculosa) y al campo, ropa para deporte, short de baño (malla), útiles escolares, un candado mediano, gorra y repelente.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES PARA EL PERÍODO DE ADAPTACIÓN:

| Fecha | Hora | Actividad |
|----------|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 03/12/18 | 6:30 | Ingreso de los/las Aspirantes al Establecimiento |
| 03/12/18 | 8:00 | Reunión de Padre/Madre/Tutor OBLIGATORIA |
| 06/12/18 | 11:40 | Los/las Aspirantes se retiran a sus domicilios |
| 10/12/18 | 6:30 | Ingreso de los/las Aspirantes al Establecimiento 2º semana |
| 12/12/18 | 11:00 | Comunicado a Padres la condición del Aspirante (Ingresante-Suplente-No Ingresante) |
| 12/12/18 | 11:30 | Los/las Aspirantes se retiran del Establecimiento con sus pertenencias |

ASOCIACIÓN COOPERADORA: Colaboración para el Período de Adaptación: \$ 800**DOCUMENTACION REQUERIDA**

| | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Fotocopia DNI del aspirante |
| 2. | Certificado de alumno/a regular de 6º Año del Segundo Ciclo de la E.P.B. |
| 3. | Cuestionario relevamiento sociodemográfico |
| 4. | FORM. 3.5.1.3.5.2.1. 'Consentimiento Informado para la Atención Médica' |
| 5. | FORM. 3.5.1.3.5.2.2. 'Antecedentes Familiares y Personales' |
| 6. | FORM. 3.5.1.3.5.2.3. 'Examen de Salud' |
| 7. | FORM. 3.5.1.3.5.2.4. 'Certificación médica para actividades extracurriculares' |
| 8. | FORM. 3.5.1.3.5.2.5. 'Historia clínica alergológica' |
| 9. | Fotocopia del Plan de vacunación |
| 10. | Certificado de Conducta |
| 11. | 2 fotos tipo carnet |
| 12. | Bases de la relación familia - escuela |
| 13. | Solicitud de Ingreso |

Esta documentación deberá adjuntarse a la Solicitud de Ingreso a 1º año con los datos completos y entregarse personalmente por los padres y/o tutor, de lunes a jueves de 9 a 18 hs. en la Secretaría Académica de la Escuela.

IMPORTANTE: No se aceptará documentación enmendada y/o tachada SIN EXCEPCIÓN**PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: desde el 03 de septiembre hasta el 30 de noviembre de 2018 de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 hs.****CONTACTO: Teléfono/Fax: 02317-498014/498117 int:103****Mail: mcmlti@internueve.com.ar****Web: www.inchaustinet.com**

**CUESTIONARIO - Relevamiento sociodemográfico****Hoja 4 - 1****Sres. Padres /Tutores/Responsables:**

Agradeceremos responder el siguiente cuestionario. El mismo tiene como propósito conocer información relacionada con el alumno/aspirante. Muchas gracias por su colaboración.

(Completar y marcar con una cruz lo que corresponda)

FECHA:

| 1. DATOS DEL ALUMNO/A - ASPIRANTE | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| a. Apellido y Nombres: | | | | | | Edad: | |
| DNI N°: <input type="checkbox"/> Posee <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> En Trámite | | | | CUIL N°: <input type="checkbox"/> Posee <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> En Trámite | | | |
| Condición | | Nacionalidad | | Sexo | | Procedencia Escolar | |
| Aspirante <input type="checkbox"/> | Cursante <input type="checkbox"/> Curso:..... Div:..... | Argentina <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> | Varón <input type="checkbox"/> | Mujer <input type="checkbox"/> | Rural <input type="checkbox"/> | Urbana <input type="checkbox"/> |
| b. Motivo de elección de esta escuela: | | | | | | | |
| Por elección propia del alumno/a <input type="checkbox"/> | | | | Por contar con residencia estudiantil <input type="checkbox"/> | | | |
| Por modalidad agropecuaria <input type="checkbox"/> | | | | Por prestigio de la institución educativa <input type="checkbox"/> | | | |
| Por recomendación <input type="checkbox"/> | | | | Otro <input type="checkbox"/> | | | |
| c. ¿Realiza el alumno/a - aspirante actividades extraescolares? Cuáles, especificar | | | | | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| deportivas | | culturales | | hobbies | | otras | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| d. Traslado del alumno/a - aspirante a la institución | | | | | | | |
| Medio Propio <input type="checkbox"/> | | Medio Contratado <input type="checkbox"/> | | Otro medio <input type="checkbox"/> | | Cual?..... | |
| 2. DOMICILIO DEL ALUMNO/A - ASPIRANTE | | | | | | | |
| a. Datos del domicilio | | | | | | | |
| Localidad: | | | | C. Postal: | | Partido: | |
| Calle: | | | | N°: | | | |
| Teléfono Fijo: | | | | Celular: | | | |
| b. Ubicación del domicilio | | | | | | | |
| Rural <input type="checkbox"/> | Paraje <input type="checkbox"/> | Pueblo menos de 2000 habitantes <input type="checkbox"/> | | Pueblo mas de 2000 habitantes <input type="checkbox"/> | | Ciudad <input type="checkbox"/> | |
| 3. ASPECTO HABITACIONAL | | | | | | | |
| a. Tipo de vivienda particular | | | | | | | |
| Casa <input type="checkbox"/> | Rancho <input type="checkbox"/> | Casilla <input type="checkbox"/> | Departamento <input type="checkbox"/> | Pieza inquilinato <input type="checkbox"/> | | | |
| Pieza Pensión <input type="checkbox"/> | Vivienda móvil <input type="checkbox"/> | Local <input type="checkbox"/> | Situación de calle <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> | | | |
| b. Cantidad de habitaciones sin contar baño ni cocina: | | | | | | | |
| c. Cantidad de habitaciones para dormir: | | | | | | | |
| d. Tenencia de la vivienda | | | | | | | |
| Propia <input type="checkbox"/> | Alquilada <input type="checkbox"/> | Prestada <input type="checkbox"/> | Cedida por trabajo <input type="checkbox"/> | Otra situación <input type="checkbox"/> | | | |
| e. ¿Cómo calificaría a su vivienda en relación a la comodidad para la habitabilidad del grupo conviviente? (Tenga en cuenta los siguientes indicadores: piso material-techo de chapa-provisión de agua-baño interno- provisión de gas -electrodomésticos básicos -habitaciones suficientes-mobiliarios adecuados para la convivencia-espacios amplios) | | | | | | | |
| Muy buena <input type="checkbox"/> | | Buena <input type="checkbox"/> | | Regular <input type="checkbox"/> | | Mala <input type="checkbox"/> | |
| f. Este Hogar Cuenta con: | | | | | | | |
| Heladera <input type="checkbox"/> | Computadora <input type="checkbox"/> | Teléfono de Línea <input type="checkbox"/> | | Teléfono Celular <input type="checkbox"/> | | | |
| Televisor <input type="checkbox"/> | TV Satelital <input type="checkbox"/> | TV por cable <input type="checkbox"/> | | Internet <input type="checkbox"/> | | | |

**CUESTIONARIO - Relevamiento sociodemográfico****Hoja 4 - 2****4. ASPECTO SANITARIO**a. Cobertura asistencial, si tiene mencione el nombre Si No Obra Social Mutua Prepaga b. ¿Posee el alumno/aspirante alguna patología de importancia? Si No

Cual?

5. ASPECTO FAMILIAR

a. Tipo de familia conviviente

| Nuclear <input type="checkbox"/> | Ensamblada <input type="checkbox"/> | Extendida <input type="checkbox"/> | Homoparental <input type="checkbox"/> | Monoparental <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Madre, padre, hijos | Formada por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos) | Incluye abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines | Pareja homosexual (hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados | Formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos |

b. Cantidad de integrantes del grupo conviviente

Total:

| Padre | Madre | Hermanos/as | Pareja madre | Pareja padre | Tíos/as | Abuelos/as | Otros |
|-------|-------|-------------|--------------|--------------|---------|------------|-------|
| | | | | | | | |

6. ASPECTO EDUCATIVO

a. Mencione Estudios cursados por los integrantes del grupo familiar

| | Primario | | Secundario | | Terciario | | Universitario | |
|--------------|----------|---------|------------|---------|-----------|---------|---------------|---------|
| | Comp. | Incomp. | Comp. | Incomp. | Comp. | Incomp. | Comp. | Incomp. |
| Padre | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | |
| Pareja madre | | | | | | | | |
| Pareja padre | | | | | | | | |
| Hermano/a | | | | | | | | |
| Hermano/a | | | | | | | | |
| Otro | | | | | | | | |

7. ASPECTO LABORAL

a. Indique las actividades laborales del grupo familiar

| | ¿Qué trabajo realiza? | Trabajador en relación de dependencia | Trabajador por Cuenta propia | Trabajador Temporario |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Pareja madre | | | | |
| Pareja padre | | | | |
| Otro | | | | |

8. ASPECTO ECONÓMICO

a. ¿Quiénes son los responsables de sostener económicamente al alumno/a - aspirante?

Padre Madre Pareja Padre Pareja Madre Abuelos Otro b. Recibe el alumno/a - aspirante ayuda escolar? Si No Beca Subsidio Asignación Universal por hijo Otro c. Está interesado en recibir alguna beca de ésta institución? Si No



Aspirante:

Fecha:

Estimada Familia:

Recordemos inicialmente que la inscripción en la Escuela M.C. y M.L. Inchausti no es obligatoria. Ha sido el fruto de una elección. En cada familia, después de analizar posibilidades y de escuchar los deseos de los hijos/as, se optó por la alternativa que ofrecemos. Ingresar a una escuela supone elegir y compartir criterios de organización institucional, valores, estilos de trabajo, principios filosóficos y objetivos institucionales. Todo ello se traduce en derechos y obligaciones concretas. Tengamos presente al formalizar la inscripción las pautas mínimas para mantener el nivel educativo al que todos aspiramos

- 1. COMUNICACIONES:** Es un derecho y un deber de los padres mantenerse informado sobre la situación de sus hijos/as. Un instrumento de enlace entre familia y escuela es el cuaderno de comunicaciones que sale habitualmente el último día hábil de la semana, para ser devuelto el primer día que el alumno/a se reintegra. Es obligación de los padres notificarse de todas las novedades.
- 2. CONOCER – COMPARTIR – AYUDAR:** Esa es la secuencia. El buen resultado sólo es posible si familia y escuela transitan juntas el proceso de conocerse recíprocamente, compartir determinados ideales y criterios, y ayudarse en la tarea educativa común.
- 3. CONSULTAS:** en los dos turnos (mañana y tarde) el Equipo de Gestión se encuentra a su disposición. Recorra a ellos con sus dudas o sugerencias. Las entrevistas con docentes deben siempre efectuarse en la escuela y coordinadas por un directivo. Agradecemos no molestar a los docentes en sus domicilios ni fuera del horario de trabajo.
- 4. FICHA MÉDICA:** El FORM. 3.5.1.3.5.2.3. 'Examen de Salud', el FORM. 3.5.1.3.5.2.2. 'Antecedentes Familiares y Personales', el FORM. 3.5.1.3.5.2.1 'Consentimiento Informado para la Atención Médica', el FORM. 3.5.1.3.5.2.4. 'Certificación médica para actividades extracurriculares', y el FORM. 3.5.1.3.5.2.5. 'Historia clínica alergológica', todos debidamente cumplimentados y firmados, sin enmiendas ni tachaduras, deben ser entregados con la Solicitud de Ingreso. Sólo así podremos tener en cuenta las prevenciones que indique el médico de sus hijos/as (para Educación Física, Actividades Prácticas en los distintos sectores de aprendizaje, etc.).
- 5. SERVICIO DE TRANSPORTE:** No lo brinda la escuela. Su contratación la define cada familia, recomendamos utilizar el servicio de empresas habilitadas como transporte escolar.
- 6. ENTRADA Y SALIDA DE ALUMNOS/AS:** Los alumnos/as ingresarán y egresarán de la escuela con el medio de transporte establecido por cada familia. En caso que el alumno/a deba retirarse entre semana por alguna causa, tan solo podrán hacerlo con los padres o tutor registrado en la escuela y para tal situación previamente deberá firmar el Formulario correspondiente.
- 7. HORARIOS:** La escuela es de doble escolaridad. Recomendamos conocer los horarios de cada curso.
- 8. PAUTAS CONVIVENCIA:** El respeto mutuo, la buena convivencia, el orden y la disciplina, son valores imprescindibles. Sin ellos resulta imposible el proceso de enseñanza-aprendizaje. Mantener las pautas de convivencia es en beneficio de los alumnos/as. Recordamos que cada falta cometida puede recibir como sanción un número de amonestaciones graduables de acuerdo a la falta. El límite es de 15 (quince); cuando se lo alcanza, el alumno/a queda libre. Otras sanciones pueden ser: Apercibimiento, Separación de la matrícula, Expulsión. Todas las sanciones son inapelables. En los casos en que hubiere resultado un daño material, deberá imponerse como accesoria la obligación de la reparación. Hasta tanto no haber sido satisfecha la reparación del daño, no se expedirá ninguna clase de certificados, no se admitirá la inscripción en exámenes, no será promovido al curso siguiente.
A partir de 2º año las divisiones rotarán en su conformación para afianzar el vínculo entre todos los alumnos/as.
- 9. ASISTENCIA:** El alumno/a perderá la condición de alumno/a regular en los siguientes supuestos: a) cuando registrase veinte (20) faltas computables ó más pudiendo solicitar la reincorporación; b) cuando registrare cuarenta (40) faltas, computables o no y no podrá ser reincorporado.
- 10. EVALUACION:** Cada espacio curricular posee sus propios criterios de evaluación que son dados a conocer por el docente al comienzo del ciclo lectivo.
- 11. REPITENCIA:** Los alumnos/as regulares de 2do. a 5to. año podrán, solicitar repetir el año en el que no hubieren sido promovidos al nivel inmediato superior. Esta solicitud podrá realizarse una única vez. La aceptación de la misma queda sujeta a la existencia de cupo en el curso que se la solicita y al informe de los profesores, ayudantes de clases prácticas, preceptores y DOE. Los alumnos/as de 1er. año no pueden repetir en el establecimiento.
- 12. COMISION DE PADRES:** Invitamos a los padres a integrar la Comisión de Padres de la Escuela M.C. y M.L. Inchausti.

Recibí conforme y acepto las bases de la relación familia-escuela

Firma Padre/Madre/Tutor

Firma del Aspirante

Aclaración:

Aclaración:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Por intermedio de la presente doy mi autorización para que mi hijo
D.N.I. N°:..... reciba la atención médica correspondiente ante un problema
de salud agudo y a ser trasladado en caso de emergencia a:

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| RECURRIR A: | Institución: |
| | Dirección: |
| | Teléfono: |
| Avisar al MEDICO: | Nombre y Apellido: |
| | Dirección: |
| | Teléfono: |
| Avisar a FAMILIAR: | Nombre y Apellido: |
| | Dirección: |
| | Teléfono: |
| Avisar a FAMILIAR: | Nombre y Apellido: |
| | Dirección: |
| | Teléfono: |

Nombre y Apellido:.....
(Padre, Madre o Tutor)

D.N.I. N°: Firma:.....



ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

1.- Datos Personales:

- 1.1- Nombre y Apellido:
1.2- Domicilio: Calle N° Localidad:
1.3- Teléfono N°:
1.4- Lugar y Fecha de Nacimiento:
1.5- D.N.I. N°:
1.6- Obra Social: N°:

2.- Antecedentes Familiares:

- 2.1- Tiene familiares directos con enfermedad? SI - NO
2.2- Que tipo de enfermedad?
2.3- Alguno muerto? SI - NO De que?

3.- Hábitos Tóxicos:

- 3.1- Fuma? SI - NO Cuantos cigarrillos por día?
3.2- Toma Medicamentos? SI - NO Cuales?
Desde cuando?
3.3- Consumió medicamentos antes? SI - NO Cuales?
Cuanto?
3.4- Conoce los riesgos de la Droga? SI - NO
3.5- Conoce a jóvenes o adultos que se droguen? SI - NO

4.- Antecedentes Personales:

4.1- Perinatológicos:

- 4.1.1- Tuvo problemas durante el embarazo? SI - NO
4.1.2- Tuvo problemas durante el parto? SI - NO
4.1.3- Lloro enseguida de nacer? SI - NO
4.1.4- Cuánto Peso al Nacer?
4.1.5- Se puso azul al nacer? SI - NO
4.1.6- Se puso amarillo durante los primeros días? SI - NO
4.1.7- A que edad empezó a caminar?
4.1.8- A que edad empezó a hablar?
4.1.9- Tiene vacunación completa? SI - NO

4.2- Aparato Respiratorio:

- 4.2.1- Tos Persistente? SI - NO
4.2.2- Anginas Repetidas? SI - NO
4.2.3- Sinusitis? SI - NO
4.2.4- Hiperreactivo bronquial? SI - NO
4.2.5- Asma? SI - NO
4.2.6- Enfermedades pulmonares? SI - NO

4.3. Aparato Cardiovascular:

- 4.3.1- Palpitaciones? SI - NO
4.3.2- Hinchazón de tobillos? SI - NO
4.3.3- Se agita fácilmente al correr? SI - NO
4.3.4- Tuvo dolor de pecho? SI - NO
4.3.5- Presión alta? SI - NO
4.3.6- Tiene soplos cardiacos? SI - NO

4.4- Aparato Digestivo:

- 4.4.1- Caries? SI - NO
4.4.2- Dificultad para tragar? SI - NO
4.4.3- Sufre del hígado o Vesícula? SI - NO
4.4.4- Sufre acidez estomacal? SI - NO
4.4.5- Tiene o a tenido llagas en la boca? SI - NO
4.4.6- Tiene mala digestión? SI - NO
4.4.7- Tiene Hernias? SI - NO

4.5- Sistema Urinario:

- 4.5.1- Tiene Dificultades para orinar? SI - NO
4.5.2- Se levanta a orinar en la noche? SI - NO
4.5.3- Se orina en la cama? SI - NO
4.5.4- Ardor al orinar? SI - NO
4.5.5- Varicocele? SI - NO
4.5.6- Incontinencia? SI - NO
4.5.7- A tenido cólico renal? SI - NO

4.6- Sistema Locomotor:

- 4.6.1- Fracturas / accidentes? SI - NO
4.6.2- Que hueso?
4.6.3- Dolores Articulares? SI - NO
4.6.4- Artritis? SI - NO
4.6.5- Pie plano? SI - NO
4.6.6- Calambres? SI - NO

4.7- Sistema nervioso:

- 4.7.1- Ha tenido mareos o desmayos? SI - NO
4.7.2- Ha perdido el conocimiento por traumatismos? SI - NO
4.7.3- Duerme bien? SI - NO
4.7.4- Tiene dolor de cabeza? SI - NO
4.7.5- Se siente triste o deprimido? SI - NO
4.7.6- A tenido convulsiones? SI - NO
4.7.7- A sufrido crisis nerviosas? SI - NO
4.7.8- Tuvo meningitis? SI - NO
4.7.9- Tiene trastornos del habla? SI - NO

4.8- Nutrición:

- 4.8.1- Aumento o disminuyo de peso el ultimo año? SI - NO
4.8.2- Cuantos Kilos?
4.8.3- Tiene diabetes? SI - NO
4.8.4- Sufre alguna enfermedad endocrina? SI - NO
4.8.5- Tiene ganglios? SI - NO

4.9- Piel y Faneras:

- 4.9.1- Tiene Alguna enfermedad de la piel? SI - NO
Descripción la misma:
4.9.2- Es su pelo opaco o fácilmente quebradizo? SI - NO
4.9.3- Tiene dos o más verrugas en el cuerpo? SI - NO
4.9.4- Se le quiebran fácilmente las uñas? SI - NO

4.10- Visión:

- 4.10.1- Tuvo o tiene trastornos en la vista? SI - NO
4.10.2- Cuales?
4.10.3- Usa anteojos? SI - NO
4.10.4- Desde cuando?
4.10.5- Tiene cansació visual? SI - NO

4.11- Audición:

- 4.11.1- Otitis a repetición? SI - NO
4.11.2- Zumbido de oídos? SI - NO
4.11.3- Sordera o hipoacusia? SI - NO
4.11.4- A tenido mareos o vértigo? SI - NO

4.12- Operaciones:

- 4.12.1- Ha tenido operaciones? SI - NO
4.12.2- De que?
4.12.3- Cuando?

4.13- Internaciones:

- 4.13.1- Ha estado internado? SI - NO
4.13.2- Motivo?
4.13.3- Fecha:

Fecha:...../...../.....

.....

Firma de Padre/Madre o Tutor



EXAMEN DE SALUD Anexo I (Resol. 1273/15)

| | | |
|--------------------|---------------|--------------|
| Colegio: | Año que cursa | |
| Apellido y Nombre: | DNI: | Sexo: |
| Domicilio: | | |
| Localidad: | Provincia: | Cód. Postal: |

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende.
Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

Antecedentes Personales: Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por los padre/s, madre/s, o tutor/es.

o responsable legal. En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por padre/s, madre/s o tutor/es.

En caso que el adolescente concorra solo a la consulta podrá completar los datos solo, si conoce los antecedentes.

| | Si | No | | si | no |
|-------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------|----|----|
| Problemas Cardiacos | | | Afecciones auditivas | | |
| Presión arterial elevada | | | Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentos | | |
| Obesidad | | | Otro problemas en los huesos o articulaciones | | |
| Asma Bronquial | | | Cirugías | | |
| Pérdida de conciencia | | | Internaciones | | |
| convulsiones | | | Enfermedad infecciosas en los últimos 2 meses | | |
| Trastorno de sueños | | | Falta o no del funcionamiento de algún órgano | | |
| Díabetes | | | par: riñón, ojos, testículo | | |
| Alteraciones sanguíneas | | | Alergias | | |
| En relación con el ejercicio alguna vez: | | | tos crónica | | |
| Desmayo | | | alergia a algún medicamento | | |
| Mareos | | | consume vitaminas | | |
| Dolores fuertes en el pecho | | | problema de piel | | |
| Mayor cansancio que sus compañeros | | | Usa anteojos | | |
| Palpitaciones | | | Enfermedad Celíaca | | |
| Dificultad para respirar durante o después de la actividad física | | | | | |
| vacunación completa | | | | | |
| Antecedentes familiares | | | | | |
| Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años | | | Obesidad | | |
| problemas cardiacos | | | Diabetes | | |
| Presión arterial elevada | | | Colesterol elevado | | |
| | | | Tos crónica | | |

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

| | | | |
|-------|---------------------------------------|------------------|----------------|
| Fecha | Firma de los padres, madres o tutores | Firma del alumno | |
| | | | (14 a 18 años) |
| | aclaración | aclaración | |



EXAMEN DE SALUD Anexo I (Resol. 1273/15)

Examen Físico

Anamnesis personalizado

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez :

Desmayos

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho

Mayor cansancio que sus compañeros

Palpitaciones

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas , minerales, bebidas energizantes, suplementos

Consumo de alcohol , cigarrillos, otras sustancias

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|
| Peso | Pc () | talla : | Pc () | IMC: | Pc |
| Examen Bucodental | | caries: si / no | | ortodoncia fija : si /no oclusión dental : | |
| Examen visual | OD : | | OI: | pupilas visión cromática | |
| Examen cardiovascular | Inspección : Auscultación: FC: TA: PC() Pulsos Humerales: Pulsos femorales: | | | | |
| Examen respiratorio: | Inspección : | | | Auscultación: | |
| Examen Abdominal | Inspección : | | | Palpitación : | |
| Examen músculo esquelético | actitud: | | postura | Asimetría: | |
| Movilidad articular | | | cuello | tronco | |
| Apoyo Plantar | | | Extremidades superiores | | Ext. Inferiores |
| evaluacion madurativa | Tanner | Estado | | Menarca | Ritmo Menstrual |
| Observaciones: (detallar hallazgos) | | | | | |
| Indicaciones: | | | | | |

Lugar y fecha

.....

Firma y sello del medico

aclaración
n° de matricula

Dejo constancia que

..... DNI de

edad ha sido evaluado clinicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades deportivas acordes a su edad ,sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo

Observaciones

...../...../.....

fecha

.....

firma y sello del medico

Me comprometo a notificar por escrito en el término de 24 hs a la escuela cualquier cambio de las condiciones del examen de salud y entregar en 5 días hábiles una nueva ficha médica.



Escuela M. C. y M. L. Inchausti

FORM: 3.5.1.3.5.2.4.

Versión: 2

CERTIFICACION MÉDICA PARA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

APTITUD CLÍNICA

El/la..... D.N.I N°:.....
Con domicilio en calle.....N°.....Piso.....Dto.....
De la localidad de.....CP.....Tel.....
Goza de buena salud, sin impedimento médico (de acuerdo al examen físico y estudios: Rx tórax, laboratorio, osteoarticular - RX columna cérvico-dorso-lumbosacra) y neurológico que lo habilite a cursar y/o practicar Educación Física y/o actividades subacuáticas.

LUGAR Y FECHA.....

.....
Firma del Médico

.....
Sello del mismo

APTITUD CARDIOVASCULAR

El/la..... D.N.I N°:.....
Con domicilio en la calle.....N°.....Piso.....dto.....
De la localidad de.....CP.....TEL.....
Goza de buena salud, sin impedimento de origen CARDIOVASCULAR que lo habilite a cursar y/o practicar Educación Física y/o deportes y/o competición y/o actividades subacuáticas.

LUGAR Y FECHA.....

.....
Firma del Cardiólogo y/o Deportólogo

.....
Sello del mismo

ME COMPROMETO A COMUNICAR POR ESCRITO EN EL TERMINO DE 24 HORAS CUALQUIER CAMBIO DE LAS CONDICIONES DEL EXAMEN DE SALUD Y ENTREGAR EN CINCO (5) DIAS HABILES UN NUEVO EXAMEN DE SALUD TOMANDO CONOCIMIENTO QUE LA PRESENTE CERTIFICACION DE APTITUD CADUCARA AL AÑO.

ME NOTIFICO EN EL DIA.....DEL MES DE.....DEL AÑO.....

LUGAR.....

.....
Firma Del Padre o Tutor

.....
Aclaración

.....
D.N.I

CONVALIDACION DIRECCION DE SALUD DEPARTAMENTO DE LOS ESTUDIANTES U.N.L.P.

.....
Firma Y Sello Responsable Autorizado



HISTORIA CLÍNICA ALERGOLÓGICA

Nombre y Apellido:.....Edad:.....

Domicilio: Teléfono:.....

Antecedentes Familiares: (responder si o no)

Tiene algún familiar (padres, hermanos y o abuelos) con:

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| • Asma | • Alergia a medicamentos..... |
| • Alergia en la piel (urticaria, eczema atópico, dermatitis)..... | • Alergia a picaduras de insectos (abeja, avispa, hormiga)..... |

Antecedentes Personales

Presenta o presentó algunas de las siguientes enfermedades?

| | |
|-----------------------------------------------|-----------------------|
| • Asma..... | • Rinitis..... |
| • Urticaria..... | • Eczema atópico..... |
| • Alergia a algún medicamento..... Cual?..... | |

Alguna vez fue picado por cualquiera de los siguientes insectos?

| | |
|-------------------------|---------------|
| • Abeja..... | • Avispa..... |
| • Hormiga colorada..... | • Otro..... |

Si sufrió alguna de estas picaduras responda a las siguientes preguntas:

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| • Por un solo insecto?..... | • Por varios a la vez?..... |
| • En que lugar del cuerpo?..... | |

La reacción que tuvo fue:

- Local (es decir solo en el sitio de la picadura).....
- Local extendida (en el sitio de la picadura mas zonas vecinas).....
- General con (marcar con una cruz):

| | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> brote en todo el cuerpo..... | <input type="checkbox"/> sensación de falta de aire..... |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión..... | <input type="checkbox"/> hinchazón en rostro..... |
| <input type="checkbox"/> pérdida de conocimiento..... | |

Tras la picadura recibió algún tipo de medicación?.....Cuál?.....

Requirió Internación?.....

Actualmente tiene alguna enfermedad que necesite controles periódicos y/o tratamiento?.....

Toma regularmente algún medicamento?.....

.....

Firma Padre / Madre o Tutor

D.N.I



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Escuela "MARÍA CRUZ Y MANUEL L. INCHAUSTI"

CONTROL DE LA DOCUMENTACION PERÍODO DE ADAPTACIÓN

Ver.:05
2018

PARA LA ESCUELA

Aspirante:

| Detalle | Fecha Recibido |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1. Fotocopia DNI del aspirante | |
| 2. Certificado de alumno/a regular 6º Año- 2º Ciclo E.P.B. | |
| 3. Cuestionario relevamiento sociodemográfico | |
| 4. FORM. 3.5.1.3.5.2.1. 'Consentimiento Informado para Atención Médica' | |
| 5. FORM. 3.5.1.3.5.2.2. 'Antecedentes Familiares y Personales' | |
| 6. FORM. 3.5.1.3.5.2.3. 'Examen de Salud' | |
| 7. FORM. 3.5.1.3.5.2.4. 'Certificación médica para actividades extracurriculares' | |
| 8. FORM. 3.5.1.3.5.2.5. 'Historia clínica alergológica' | |
| 9. Fotocopia del Plan de vacunación | |
| 10. Certificado de Conducta | |
| 11. 2 fotos tipo carnet | |
| 12. Bases de la relación Familia - Escuela | |
| 13. Solicitud de Ingreso | |

Firma Padre/Madre/Tutor

Firma Representante Area Académica

Firma del Aspirante

Aclaración:

Aclaración:

Aclaración:

PARA LA FAMILIA

CONTROL DE LA DOCUMENTACION PERÍODO DE ADAPTACIÓN

Aspirante:

| Detalle | Fecha Entregado |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Fotocopia DNI del aspirante. | |
| 2. Certificado de alumno/a regular 6º Año- 2º Ciclo E.P.B. | |
| 3. Cuestionario relevamiento sociodemográfico | |
| 4. FORM. 3.5.1.3.5.2.1. 'Consentimiento Informado para Atención Médica' | |
| 5. FORM. 3.5.1.3.5.2.2. 'Antecedentes Familiares y Personales' | |
| 6. FORM. 3.5.1.3.5.2.3. 'Examen de Salud' | |
| 7. FORM. 3.5.1.3.5.2.4. 'Certificación médica para actividades extracurriculares' | |
| 8. FORM. 3.5.1.3.5.2.5. 'Historia clínica alergológica' | |
| 9. Fotocopia del Plan de vacunación | |
| 10. Certificado de Conducta | |
| 11. 2 fotos tipo carnet | |
| 12. Bases de la relación Familia - Escuela | |
| 13. Solicitud de Ingreso | |

Firma Representante Area Académica

Aclaración