



TALLER

NUMERO DE LEGAJO

AAAAA / AAAAA

Fecha de Ingreso:

DD MM AAAA

## DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Nombre:  Apellido:   
Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Edad: 00 Identidad de genero:   
Nacionalidad:  Numero de CUIL: 00 - 00000000 - 0  
Localidad:  Provincia:   
Telefono Fijo:  Celular:   
Calle:  Altura: 00000 Piso: 00  
Correo electrónico:

## EMERGENCIA MEDICA

Cobertura Médica: SI  ¿Cuál?  NO

Grupo Sanguíneo: AAA

### Persona a las que hay que avisar en caso de emergencia

Nombre y Apellido:  Telefono:  Parentezco:

¿Autoriza el traslado en caso de Emergencia? SI  NO

¿Tiene preferencia por algún centro medico? SI  ¿Cuál?  NO

Dirección  Telefono

## HISTORIA CLINICA

Cardiopatía  Asma  Arritmia de corazon  Diabetes  Epilepsia

¿Es Alérgico?: SI  ¿A Qué?  NO

¿Presenta alguna enfermedad Crónica?: SI  ¿Cuál?  NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO  ¿Toma alguna Medicación?

¿Presenta alguna patología Psicológica?: SI  ¿Cuál?  NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO  ¿Toma alguna Medicación?

¿Presenta alguna patología Psiquiátrica?: SI  ¿Cuál?  NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO  ¿Toma alguna Medicación?

¿Presenta alguna Discapacidad?: SI  ¿Cuál?  NO

Otros datos que debamos conocer:

**NOMBRE DEL TALLER**

**NOMBRE DEL DOCENTE**



**CERTIFICACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada

SELLO EN ORIGINAL  
ESTABLECIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN  
DEL INTERESADO O RESPONSABLE

0 0 0 0 0 0 0 0

DNI