



INGRESO ESCUELA MC y ML INCHAUSTI

INFORMACIÓN PARA EL CURSO DE ADAPTACIÓN 2025

Estimadas familias:

Para realizar la preinscripción a la Escuela “M.C. Y M.L. Inchausti”, deberán:

1. **Completar** toda la “**Documentación**” que se detalla a continuación (**18 puntos**).
2. Presentarse **personalmente** en la Escuela el/la aspirante con los padres y/o tutor/a con toda la “**Documentación**” **completa** en cualquiera de los días remarcados en negrita con fondo de color verde comprendidos entre el **6 de octubre y el 27 de noviembre** en el horario de 9 a 16 hs. Y los días **viernes 7 y 14 de noviembre** (remarcados en amarillo) en el horario de 8 a 11 hs

OCTUBRE 2025						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE 2025						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

DOCUMENTACIÓN

No se aceptará documentación enmendada y/o tachada -SIN EXCEPCIÓN-

1.	Fotocopia DNI del aspirante (frente y reverso) en formato papel. Copia digital (pdf no foto) del DNI del aspirante (frente y reverso) enviar al WhatsApp 2345 440883
2.	Fotocopia DNI del padre y madre o tutor/a (frente y reverso) en formato papel. Copia digital (pdf no foto) del DNI del padre y madre o tutor/a (frente y reverso) enviar al WhatsApp 2345440883
3.	Constancia de Alumno/a Regular de 6° año de la Educación Primaria en formato papel y en formato digital (pdf no foto) enviar al WhatsApp 2345 440883
4.	Fotocopia de la partida de nacimiento (en formato papel) Copia digital (pdf no foto) de la partida de nacimiento enviar al WhatsApp 2345 440883
5.	Constancia de CUIL del aspirante y CUIL de la madre y padre o tutor en formato papel y en formato digital (pdf no foto) enviar al WhatsApp 2345 440883
6.	Certificado de Conducta emitido por la Escuela Primaria a la que asiste
7.	1 (una) foto tipo carnet y foto digital enviar al WhatsApp 2345 440883
8.	Formulario “Solicitud de ingreso Escuela MC y ML Inchausti” (Parte 1 y 2)
9.	Formulario “Relevamiento sociodemográfico” (Parte 1 y 2)
10.	Formulario “Bases Relación Familia-Escuela MC y ML Inchausti”
11.	Formulario “Consentimiento Informado para la Atención Médica”
12.	Formulario “Antecedentes Familiares y Personales”
13.	Formulario “Examen de Salud Anexo I (Resol. 1273/15)” - (son 2 hojas y DEBEN IMPRIMIRSE DOBLE FAZ)
14.	Formulario “Certificación médica para actividades extracurriculares”
15.	Formulario “Historia clínica alergológica”
16.	Formulario “Solicitud de ingreso Escuela MC y ML Inchausti”- Control de Documentación (Escuela)
17.	Formulario “Solicitud de ingreso Escuela MC y ML Inchausti”- Control de Documentación (Familia)
18.	Fotocopia del Plan de vacunación

Toda la documentación digital que se envíe por WhatsApp deberá mencionar el nombre y apellido del aspirante.

Para ingresar a primer año, el/la aspirante deberá realizar un período de adaptación. La asignación de vacantes disponibles se realizará según el orden de prioridades resultante de la ponderación de los siguientes criterios, garantizando la paridad de género:

- Actividades grupales y entrevistas individuales.
- Adaptación a todas las actividades institucionales (trabajos prácticos, aula, residencia estudiantil, etc.).

ELEMENTOS A TRAER POR EL/LA ASPIRANTE:

Colchón, almohada, ropa de cama, toallas, elementos personales, (papel higiénico, jabón, desodorante, pasta dental, cepillo de dientes, shampoo, acondicionador) ropa para concurrir al aula (no musculosa) y al campo, ropa para deporte, útiles escolares, un candado mediano, gorra, repelente, botella de agua y protector solar.


CALENDARIO DE ACTIVIDADES PARA EL PERÍODO DE ADAPTACIÓN:

Fecha	Hora	Actividad
09/12/25	6:30	Ingreso de los/las Aspirantes al Establecimiento
09/12/25	8:00	Reunión de Padre/ Madre/ Tutor/a OBLIGATORIA
11/12/25	11:40	Los/las Aspirantes se retiran a sus domicilios
15/12/25	6:30	Ingreso de los/las Aspirantes al Establecimiento 2º semana
18/12/25	9:00	Comunicado a las familias sobre la condición del Aspirante (Ingresante - Suplente – No Ingresante)
18/12/25	9:30	Los/las Aspirantes se retiran del Establecimiento con sus pertenencias

ASOCIACIÓN COOPERADORA: Colaboración para el Período de Adaptación: \$ 30.000.-

CONTACTO:

WhatsApp		2345 - 440883 Secretaría Académica/Cooperadora 2345 - 510904 Coordinación Académica 2345 – 482008 Área de Salud
Mail		secretariainchausti@gmail.com (Secretaría Académica) coordinacioninchausti@gmail.com (Coordinación Académica)
Web		inchausti.unlp.edu.ar

	FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO ESCUELA MC Y ML INCHAUSTI	
	PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti	CÓDIGO: C3
	Versión: 1	Fecha: 27-9-2024

Completar en letra de imprenta toda la solicitud

Fecha:		Parte 1
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:	
Cursa con Proyecto de Inclusión: SI - NO			
Cursa con Acompañante Asistente Externo: SI - NO			
UBICACIÓN DE LA ESCUELA DE PROCEDENCIA			
Localidad/Paraje	C. Postal	Partido	Provincia

.....
FIRMA DEL ASPIRANTE

.....
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Aclaración:

Aclaración:

<i>Diseño</i>		<i>Aprobación</i>	
<i>Nombre:</i>	Silvina Uri	<i>Nombre:</i>	Rubén Giovanini
<i>Cargo:</i>	Vicedirectora	<i>Cargo:</i>	Director
<i>Firma:</i>		<i>Firma:</i>	
<i>Archiva:</i>	Secretaría Académica	<i>Comunicado mediante:</i>	Actas



FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO ESCUELA MC Y ML INCHAUSTI

PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti.

CÓDIGO: C 3

Versión: 1

Fecha: 27-09-2024

Parte 2

DATOS FAMILIARES DEL ASPIRANTE

Aspirante:

Fecha:

DATOS DEL RESPONSABLE 1

Apellido y Nombres:

D.N.I. Nº:

CUIL Nº:

Vínculo:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

C. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

DATOS DEL RESPONSABLE 2

Apellido y Nombres:

D.N.I. Nº:

CUIL Nº:

Vínculo:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

C. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

FIRMA DEL ASPIRANTE

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Aclaración:

Aclaración:

<i>Diseño</i>		<i>Aprobación</i>	
Nombre:	Silvina Uri	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Vicedirectora	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Secretaría Académica	Comunicado mediante:	Actas



FORMULARIO RELEVAMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO

PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti

CÓDIGO: C 3

Versión: 1

Fecha: 27-09-2024

Estimadas familias: Agradecemos responder el siguiente cuestionario. El mismo tiene como propósito conocer información relacionada con el estudiante. Muchas gracias por su colaboración.

(Completar y marcar con una cruz lo que corresponda)

FECHA:

Primera parte

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		Género			Procedencia Escolar		
Aspirante <input type="checkbox"/>	Cursante <input type="checkbox"/> Curso:..... Div:.....	Argentina <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Otro <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 más 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"/>	Presta da <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"/>		
<i>Diseño</i>					<i>Aprobación</i>				
Nombre: Silvina Uri					Nombre: Rubén Giovanini				
Cargo: Vicedirectora					Cargo: Director				
Firma:					Firma:				
Archiva: Secretaría Académica					Comunicado mediante: Actas				



FORMULARIO RELEVAMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO

PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti

CÓDIGO: C 3

Versión: 1

Fecha: 27-09-2024

Segunda parte

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. Cantidad de integrantes del grupo conviviente

Total:

Madre	Padre	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 Progresar Asignación Universal por hijo Otro

c. Está interesado en recibir alguna beca de ésta institución? Si No

Diseño		Aprobación	
Nombre:	Silvina Uri	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Vicedirectora	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Secretaría Académica	Comunicado mediante:	Actas

	FORMULARIO BASES RELACIÓN FAMILIA – ESCUELA MC Y ML INCHAUSTI	
	PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti	CÓDIGO: C 3
	Versión: 1	Fecha: 27-09-2024

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. Cada familia, después de analizar posibilidades y de escuchar los deseos de los hijos/as, 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. COMUNICACIÓN:** Es un derecho y un deber de los padres/tutores mantenerse informado sobre las trayectorias escolares de sus hijos/as. Un instrumento de enlace entre familia y escuela es el cuaderno de comunicaciones, y los distintos canales de comunicación con la institución: el teléfono celular de Coordinación Académica: **2345-510904**; Email: coordinacioninchausti@gmail.com; Página web: inchausti.unlp.edu.ar. 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/las docentes en sus domicilios ni fuera del horario de trabajo.
- 4. FICHA MÉDICA:** El formulario 'Examen de Salud', el formulario 'Antecedentes Familiares y Personales', el formulario 'Consentimiento Informado para la Atención Médica', el formulario 'Certificación médica para actividades extracurriculares', y el formulario 'Historia clínica alergológica', todos debidamente cumplimentados y firmados, sin enmiendas ni tachaduras, deben ser entregados con la Solicitud de Ingreso Escuela Inchausti. 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/a al curso siguiente. En caso que la institución lo considere necesario, a partir de 2º año la conformación de las divisiones podrán rotar, 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. EVALUACIÓN:** Cada espacio curricular posee sus propios criterios de evaluación que son dados a conocer por el/la 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/as, ayudantes de clases prácticas, preceptores/as y DOE. Los alumnos/as de 1er. año no pueden repetir en el establecimiento.
- 12. COMISIÓN DE PADRES:** Invitamos a los padres a integrar la Comisión de Padres de la Escuela Inchausti.

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

<p>.....</p> <p>Firma Padre/Madre/Tutor</p> <p>Aclaración:</p>	<p>.....</p> <p>Firma del Aspirante</p> <p>Aclaración:</p>
---	---

<i>Diseño</i>		<i>Aprobación</i>	
<i>Nombre:</i>	Silvina Uri	<i>Nombre:</i>	Rubén Giovanini
<i>Cargo:</i>	Vicedirectora	<i>Cargo:</i>	Director
<i>Firma:</i>		<i>Firma:</i>	
<i>Archiva:</i>	Secretaría Académica	<i>Comunicado mediante:</i>	Actas



FORMULARIO ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

PROCESO: Área Atención de la Salud

CÓDIGO: F 4

Versión: 5

Fecha: 27-09-2024


1.- Datos Personales:		4.5.3- Se orina en la cama? SI – NO
1.1- Nombre y Apellido:		4.5.4- Ardor al orinar? SI – NO
1.2- Domicilio: Calle N°: Localidad:		4.5.5- Varicocele? SI – NO
1.3- Teléfono N°:		4.5.6- Incontinencia? SI – NO
1.4- Lugar y Fecha de Nacimiento:		4.5.7- A tenido cólico renal? SI – NO
1.5- D.N.I. N°:		4.6- Sistema Locomotor:
1.6- Obra Social: N°:		4.6.1- Fracturas / accidentes? SI – NO
2.- Antecedentes Familiares:		4.6.2- Que hueso?
2.1- Tiene familiares directos con enfermedad? SI – NO		4.6.3- Dolores Articulares? SI – NO
2.2- Que tipo de enfermedad?		4.6.4- Artritis? SI – NO
2.3- Alguno muerto? SI – NO De qué?		4.6.5- Pie plano? SI – NO
3.- Hábitos Tóxicos:		4.6.6- Calambres? SI – NO
3.1- Fuma? SI – NO Cuantos cigarrillos por día?		4.7- Sistema nervioso:
3.2- Toma Medicamentos? SI – NO Cuáles?		4.7.1- Ha tenido mareos o desmayos? SI – NO
Desde cuándo?		4.7.2- Ha perdido el conocimiento por traumatismos? SI – NO
3.3- Consumió medicamentos antes? SI – NO Cuáles?		4.7.3- Duerme bien? SI – NO
Cuanto?		4.7.4- Tiene dolor de cabeza? SI – NO
3.4- Conoce los riesgos de la Droga? SI – NO		4.7.5- Se siente triste o deprimido? SI – NO
3.5- Conoce a jóvenes o adultos que se droguen? SI – NO		4.7.6- A tenido convulsiones? SI – NO
4.- Antecedentes Personales:		4.7.7- A sufrido crisis nerviosas? SI – NO
4.1- Perinatológicos:		4.7.8- Tuvo meningitis? SI – NO
4.1.1- Tuvo problemas durante el embarazo? SI - NO		4.7.9- Tiene trastornos del habla? SI – NO
4.1.2- Tuvo problemas durante el parto? SI - NO		4.8- Nutrición:
4.1.3- Lloro enseguida de nacer? SI - NO		4.8.1- Aumento o disminuyo de peso el último año? SI – NO
4.1.4- Cuánto Peso al Nacer?		4.8.2- Cuantos Kilos?
4.1.5- Se puso azul al nacer? SI - NO		4.8.3- Tiene diabetes? SI – NO
4.1.6- Se puso amarillo durante los primeros días? SI - NO		4.8.4- Sufre alguna enfermedad endocrina? SI – NO
4.1.7- A qué edad empezó a caminar?		4.8.5- Tiene ganglios? SI – NO
4.1.8- A qué edad empezó a hablar?		4.9- Piel y Faneras:
4.1.9- Tiene vacunación completa? SI - NO		4.9.1- Tiene Alguna enfermedad de la piel? SI – NO
4.2- Aparato Respiratorio:		Descripción la misma:
4.2.1- Tos Persistente? SI – NO		4.9.2- Es su pelo opaco o fácilmente quebradizo? SI – NO
4.2.2- Anginas Repetidas? SI – NO		4.9.3- Tiene dos o más verrugas en el cuerpo? SI – NO
4.2.3- Sinusitis? SI – NO		4.9.4- Se le quiebran fácilmente las uñas? SI – NO
4.2.4- Hiperreactivo bronquial? SI – NO		4.10- Visión:
4.2.5- Asma? SI – NO		4.10.1- Tuvo o tiene trastornos en la vista? SI – NO
4.2.6- Enfermedades pulmonares? SI – NO		4.10.2- Cuáles?
4.3. Aparato Cardiovascular:		4.10.3- Usa anteojos? SI – NO
4.3.1- Palpitaciones? SI – NO		4.10.4- Desde cuándo?
4.3.2- Hinchazón de tobillos? SI – NO		4.10.5- Tiene cansancio visual? SI – NO
4.3.3- Se agita fácilmente al correr? SI – NO		4.11- Audición:
4.3.4- Tuvo dolor de pecho? SI – NO		4.11.1- Otitis a repetición? SI – NO
4.3.5- Presión alta? SI – NO		4.11.2- Zumbido de oídos? SI – NO
4.3.6- Tiene soplos cardiacos? SI – NO		4.11.3- Sordera o hipoacusia? SI – NO
4.4- Aparato Digestivo:		4.11.4- A tenido mareos o vértigo? SI – NO
4.4.1- Caries? SI – NO		4.12- Operaciones:
4.4.2- Dificultad para tragar? SI – NO		4.12.1- Ha tenido operaciones? SI – NO
4.4.3- Sufre del hígado o Vesícula? SI – NO		4.12.2- De qué?
4.4.4- Sufre acidez estomacal? SI – NO		4.12.3- Cuando?
4.4.5- Tiene o a tenido llagas en la boca? SI – NO		4.13- Internaciones:
4.4.6- Tiene mala digestión? SI – NO		4.13.1- Ha estado internado? SI – NO
4.4.7- Tiene Hernias? SI – NO		4.13.2- Motivo?
		4.13.3- Fecha:
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		

Fecha

Firma de Padre/Madre/Tutor

Aclaración

Diseño		Aprobación	
Nombre:	Eduardo Barucco	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Jefe Área Atención de la salud	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Área Atención de la Salud	Comunicado mediante:	Actas

	FORMULARIO CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES	
	PROCESO: Área Atención de la Salud	CÓDIGO: F 4
	Versión: 3	Fecha: 27-09-2024

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 cervico-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

<i>Diseño</i>		<i>Aprobación</i>	
<i>Nombre:</i>	Eduardo Barucco	<i>Nombre:</i>	Rubén Giovanini
<i>Cargo:</i>	Jefe Área Atención de la Salud	<i>Cargo:</i>	Director
<i>Firma:</i>		<i>Firma:</i>	
<i>Archiva:</i>	Área Atención de la Salud	<i>Comunicado mediante:</i>	Actas



FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA ALERGOLÓGICA

PROCESO: Área Atención de la Salud

CÓDIGO: F 4

Versión: 3

Fecha: 27-09-2024

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

<i>Diseño</i>		<i>Aprobación</i>	
Nombre:	Eduardo Barucco	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Jefe Área Atención de la salud	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Área Atención de la Salud	Comunicado mediante:	Actas



FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO ESCUELA MC Y ML INCHAUSTI

PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti

CÓDIGO: C 3

Versión: 1

Fecha: 27-09-2024

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

PARA LA ESCUELA

Nombre completo del Aspirante:

Requerimientos

Fecha recibido

1.	Fotocopia DNI del aspirante (frente y reverso) en formato papel Foto digital del DNI del aspirante (frente y reverso) al WhatsApp 2345 440883	
2.	Fotocopia DNI del padre, madre, tutor/a (frente y reverso) en formato papel. Foto digital del DNI del padre, madre, tutor/a (frente y reverso) al WhatsApp2345440883	
3.	Constancia de alumno/a regular de 6° año de la Educación Primaria en formato papel y en formato digital al WhatsApp 2345 440883	
4.	Fotocopia de la partida de nacimiento (en formato papel) Foto digital de la partida de nacimiento al WhatsApp 2345 440883	
5.	Constancia de CUIL del aspirante y CUIL de la madre, padre o tutor en formato papel y digital al WhatsApp 2345 440883	
6.	Certificado de Conducta	
7.	1 foto tipo carnet y foto digital al WhatsApp 2345 440883	
8.	Solicitud ingreso Escuela Inchausti (Parte 1 y 2)	
9.	Formulario Relevamiento sociodemográfico (Parte 1 y 2)	
10.	Formulario Bases Relación Familia-Escuela	
11.	Formulario 'Consentimiento Informado para la Atención Médica'	
12.	Formulario 'Antecedentes Familiares y Personales'	
13.	Formulario 'Examen de Salud' (son 2 hojas, DEBEN IMPRIMIRSE DOBLE FAZ)	
14.	Formulario 'Certificación médica para actividades extracurriculares'	
15.	Formulario 'Historia clínica alergológica'	
16.	Fotocopia del Plan de vacunación	

Firma Padre/Madre/Tutor

Firma Representante Área Académica

Firma del aspirante

Aclaración:

Aclaración:

Aclaración:

Diseño		Aprobación	
Nombre:	Silvina Uri	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Vicedirectora	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Secretaría Académica	Comunicado mediante:	Actas



FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO ESCUELA MC Y ML INCHAUSTI

PROCESO: Ingreso Escuela Inchausti

CÓDIGO: C 3

Versión: 1

Fecha: 27-09-2024

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

PARA LA FAMILIA

Nombre completo del Aspirante:

Requerimientos

Fecha recibido

1.	Fotocopia DNI del aspirante (frente y reverso) en formato papel Foto digital del DNI del aspirante (frente y reverso) al WhatsApp 2345 440883	
2.	Fotocopia DNI del padre, madre, tutor/a (frente y reverso) en formato papel Foto digital del DNI del padre, madre, tutor/a (frente y reverso) al WhatsApp2345440883	
3.	Constancia de alumno/a regular de 6° año de la Educación Primaria en formato papely en formato digital al WhatsApp 2345 440883	
4.	Fotocopia de la partida de nacimiento (en formato papel) Foto digital de la partida de nacimiento al WhatsApp 2345 440883	
5.	Constancia de CUIL del aspirante y CUIL de la madre, padre o tutor en formato papel ydigital al WhatsApp 2345 440883	
6.	Certificado de Conducta	
7.	2 fotos tipo carnet y foto digital al WhatsApp 2345 440883	
8.	Solicitud ingreso Escuela Inchausti (Parte 1 y 2)	
9.	Formulario Relevamiento sociodemográfico (Parte 1 y 2)	
10.	Formulario Bases Relación Familia-Escuela	
11.	Formulario 'Consentimiento Informado para la Atención Médica'	
12.	Formulario 'Antecedentes Familiares y Personales'	
13.	Formulario 'Examen de Salud'	
14.	Formulario 'Certificación médica para actividades extracurriculares'	
15.	Formulario 'Historia clínica alergológica'	
16.	Fotocopia del Plan de vacunación	

Firma Padre/Madre/Tutor

Firma Representante Área Académica

Firma del aspirante

Aclaración:

Aclaración:

Aclaración:

Diseño		Aprobación	
Nombre:	Silvina Uri	Nombre:	Rubén Giovanini
Cargo:	Vicedirectora	Cargo:	Director
Firma:		Firma:	
Archiva:	Secretaría Académica	Comunicado mediante:	Actas