



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

-Hoja 01-

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PRIMER AÑO**

**Solic. N° : .....**

Apellido:.....Nombres:.....

.....

DNI:..... Fecha de Nacimiento:

.....

Nombre Madre:.....

Nombre Padre:.....

Tel: - .....

Dirección:.....

Email.

.....

1) ¿Repitió algún grado? \_\_\_\_ ¿Cuál o cuáles? \_\_\_\_

2) ¿Qué materias les resultan más difíciles de aprender?

3) ¿Tiene CUD?                      ¿Necesita ayuda para estudiar?

Psicóloga/o \_    Psicopedagoga/o \_    Maestra/o de apoyo \_    otro \_\_\_\_

4) ¿Quién es o quiénes son sus tutores? ¿Con quién vive?

Algún dato que considere importante

**Requisitos a adjuntar**





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1949 - 2014

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

- Fotocopia del DNI
- Constancia de alumno regular del 7mo grado o certificado de 7mo.





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1949 - 2014

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

**SOLICITUD DE ASPIRANTE A 1° AÑO**

-Hoja 02-

(Completar con letra legible toda la solicitud)

Fecha:

**DATOS DEL ASPIRANTE**

Apellido y Nombres:

D.N.I. N°:

C.U.I.L. N°:

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 la Escuela:

N°:

**Ubicación de la Escuela de Procedencia**

Localidad

C. Postal

Departamento

Provincia

.....  
**FIRMA DEL ASPIRANTE**

Aclaración

.....  
**FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR**

Aclaración





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1949 - 2014

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

**-Hoja 03-**

**DATOS FAMILIARES DEL ASPIRANTE**

Aspirante:

Fecha:

**DATOS DEL PADRE**

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

**DATOS DE LA MADRE**

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

**DATOS DEL TUTOR**

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Relación o vínculo con el alumno:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1949 - 2014

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

### CUESTIONARIO – Relevamiento sociodemográfico

Hoja 04- a

|   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
|---|--------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------|-------------|--------|----|
|   |              |                     |                    |                                      |             | Fecha: |    |
| 1. DATOS DEL ALUMNO/A - ASPIRANTE   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| <b>a – Apellidos y Nombres:</b>   |              |                     |                    |                                      |             | Edad:  |    |
| DNI:  |              |                     |                    | CUIL:                                |             |        |    |
| Posee:  | No posee:    | En Trámite:         | Posee:             | No posee:                            | En Trámite: |        |    |
| Condición   |              | Nacionalidad        |                    | Procedencia escolar                  |             |        |    |
| Aspirante   | Cursando     | Argentino           | Otra               | Urbana                               | Rural       |        |    |
| <b>b – Motivo de elección de esta escuela</b>   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Por la familia  |              |                     |                    | Por la orientación agrícola/forestal |             |        |    |
| Por decisión propia   |              |                     |                    | Por contar con Residencia            |             |        |    |
| Por el prestigio de la Escuela  |              |                     |                    | Por recomendación                    |             |        |    |
| Otro:   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| <b>c – ¿Realiza el alumno/a actividades extraescolares?</b>   |              |                     |                    |                                      |             | SI     | NO |
| <b>¿Cuáles?</b>   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Deportivas  |              | Culturales          |                    | Otras                                |             |        |    |
|   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
|   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| ¿Cuál Actividad le gustaría realizar?:  |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| <b>d – Traslado del alumno/a a la institución</b>   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Medio propio  |              | Medio contratado    |                    | Otro medio:                          |             | ¿Cuál? |    |
|   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| <b>2 – Domicilio del alumno/a</b>   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| <b>a – Datos del domicilio</b>  |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Barrio:   |              | Km:                 | Calle:             |                                      | N°          |        |    |
| Tel. Celular:   |              | Correo electrónico: |                    |                                      |             |        |    |
| <b>b – Ubicación del domicilio</b>  |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Rural   | Colonia      |                     | Pueblo             |                                      | Ciudad      |        |    |
| <b>3 – ASPECTO HABITACIONAL a -(Tipo de vivienda)</b>   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Casa de Material  |              | Casa de Madera      |                    | Departamento                         |             |        |    |
| Pensión   |              | En construcción     |                    | Otro:.....                           |             |        |    |
| b – Cantidad de habitaciones sin contar baño y cocina   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| c- Cantidad de habitaciones para dormir   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| d- Tenencia de la vivienda  |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Propia  | Alquilada    | Prestada            | Cedida por trabajo | Otra situación                       |             |        |    |
| e- ¿Cómo calificaría a su vivienda en relación a la comodidad para la habitabilidad del grupo conviviente? (Tenga en cuenta los siguientes indicadores; piso de material – techo de chapa – Provisión de agua – baño interno – electrodomésticos básicos – habitaciones suficientes – mobiliarios adecuados para la convivencia – espacios amplios) |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Muy Buena   | Buena        | Regular             | Mala               |                                      |             |        |    |
| f- Este hogar cuenta con:   |              |                     |                    |                                      |             |        |    |
| Heladera  | Computadora  | Teléfono de línea   | Teléfono celular   |                                      |             |        |    |
| Televisor   | TV Satelital | TV por Cable        | Internet           |                                      |             |        |    |





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1950 - 2015

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

### CUESTIONARIO – Relevamiento sociodemográfico

-Hoja 5 - b

#### 4. ASPECTO SANITARIO

a. Cobertura asistencial, si tiene mencione el nombre

Sí

No

Obra Social: ☐

Mutual: ☐

Prepaga: ☐

b. ¿Posee el alumno/a alguna patología de importancia?

Sí

No

¿Cuál?

#### 5. ASPECTO FAMILIAR

a. Tipo de familia conviviente

Nuclear ☐

Ensamblada ☐

Extendida ☐

Homoparental ☐

Monoparental ☐

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. Menciones 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 encargados de sostener económicamente al alumno/a – aspirante?

|                                |                                |                                       |                                       |                                  |                               |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Padre <input type="checkbox"/> | Madre <input type="checkbox"/> | Pareja padre <input type="checkbox"/> | Pareja madre <input type="checkbox"/> | Abuelos <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
|                                |                                |                                       |                                       |                                  | .....                         |

b. ¿Recibe el alumno/a – aspirante ayuda escolar?

Sí

☐

No

☐

Beca ☐

Subsidio ☐

Asignación Universal por hijo ☐

Otro ☐

.....





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1950 - 2015

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

|  |  |  |     |
|--|--|--|-----|
|  |  |  | ... |
|--|--|--|-----|





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 06-

### CERTIFICACIONES MÉDICAS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES APTITUD CLÍNICA

El/la..... D.N.I N°:..... Con domicilio en  
calle.....N°.....Piso.....Dto..... De la localidad  
.....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 ..... 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

- Adjuntar el electrocardiograma.

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

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

LUGAR.....

Firma Del Padre o Tutor

Aclaración

D.N.I

Firma Y Sello Responsable Autorizado







UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

-Hoja 07-

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Por intermedio de la presente, doy mi autorización para que mi hijo/a .....  
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:        | <b>Institución:</b><br><br><b>Dirección:</b><br><br><b>Teléfono:</b>       |
| Avisar al MEDICO:  | <b>Nombre y Apellido:</b><br><br><b>Dirección:</b><br><br><b>Teléfono:</b> |
| Avisar a FAMILIAR: | <b>Nombre y Apellido:</b><br><br><b>Dirección:</b><br><br><b>Teléfono:</b> |
| Avisar a FAMILIAR: | <b>Nombre y Apellido:</b><br><br><b>Dirección:</b><br><br><b>Teléfono:</b> |

Nombre y apellido: .....

(Padre, Madre o Tutor)

D.N.I. N°: ..... Firma: .....





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1950 - 2015

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

**-Hoja 8-**

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE IMÁGENES**

(Marcar con una x lo que corresponda)

En mi carácter de representante del menor: .....

Alumno de la Escuela Agrotécnica Eldorado de la Universidad Nacional de Misiones, autorizo

Si ☐ No ☐ la institución a utilizar imágenes donde aparece el menor, para ser usado en publicidades gráficas, televisivas, páginas web de la Universidad, banners y folletos durante su escolaridad, con el objeto de promocionar los eventos que se desarrollan en el establecimiento.

.....  
Firma del Padre, Madre o tutor





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



65  
AÑOS  
1960 - 2025

ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 09-

### **Estimada Familia:**

Recordemos inicialmente que la inscripción en la Escuela Agrotécnica Eldorado 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. **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 ideales, criterios determinados y ayudarse en la tarea educativa común.

2. **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 SIU Guaraní, <https://guarani.sistemas.unam.edu.ar> y los distintos canales de comunicación con la institución son: Dirección, Email: [direccion@eae.unam.edu.ar](mailto:direccion@eae.unam.edu.ar) Secretaría Académica: Email: [academica@eae.unam.edu.ar](mailto:academica@eae.unam.edu.ar) y Preceptoría: Email: [preceptoria@eae.unam.edu.ar](mailto:preceptoria@eae.unam.edu.ar) ; Página web: [www.unam.edu.ar](http://www.unam.edu.ar) - [www.eae.unam.edu.ar](http://www.eae.unam.edu.ar) y el teléfono de la Escuela: 3751-431329/431722 Es obligación de los padres notificarse de todas las novedades.

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 de. 'Examen de Salud', el formulario de. 'Consentimiento Informado para la Atención Médica', el formulario de 'Certificación médica para actividades extracurriculares', todos debidamente cumplimentados y firmados, 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. **ENTRADA Y SALIDA DE ALUMNOS/AS:** Los alumnos/as ingresarán y egresarán de la escuela según la carga curricular prescripta y los horarios informados por la institución. En caso que el alumno/a deba retirarse por alguna causa, existe un formulario que será facilitado en preceptoría para que los padres o tutores completen con anterioridad y autoricen si así lo consideran.

6. **HORARIOS:** La escuela es de doble escolaridad. Recomendamos conocer los horarios de cada curso.

7. **PAUTAS CONVIVENCIA, ASISTENCIA, INDUMENTARIA, GUARDIAS,** etc, esta todo especificado en el Reglamento general de alumnos Res CS 027/2024 <https://www.eae.unam.edu.ar/index.php/la-escuela/normativa-vigente>

8. **EVALUACIÓN:** Cada espacio curricular posee sus propios criterios de evaluación que son dados a conocer por el/la docente al comienzo del ciclo lectivo.

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

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





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

**PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO**

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1**

**Fecha: 17-06-25**

**-Hoja 10-**

*Estimadas familias:*

- Para realizar la inscripción definitiva al ciclo lectivo..... Deberán completar toda la documentación requerida y presentarla en la Escuela Agrotécnica Eldorado.

|  |  |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
|--|--|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|------------|------------|------------|
| Nombre del Alumno:   |  |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| <b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</b>   |  | <b>Fecha Entrega</b>    |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 1  | Fotocopia del DNI del aspirante frente y reverso.                        |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 2  | Fotocopia del DNI de la Madre, Padre o Tutor.                            |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 3  | Constancia de finalización de la primaria completa o certificado de 7mo. |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 4  | Fotocopia de la partida de Nacimiento.                                   |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 5  | Una foto tipo Carnet.  |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 6  | Solicitud de aspirante completa.   |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 7  | Cuestionario Relevamiento sociodemográfico.                              |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 8  | Consentimiento para las actividades extracurriculares.                   |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 9  | Consentimiento para la atención médica (Hoja 7)                          |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 10   | Consentimiento para el uso de imágenes (Hoja 8)                          |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 11   | Examen de Salud.   |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 12   | Bases de la relación Familia-Escuela (hoja 9)                            |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| 13   | Una carpeta colgante   |                         |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| <table><tr><td><b>Firma Padre/Madre/Tutor</b></td><td><b>Firma Resp. Área Académica</b></td><td><b>Firma del Alumno</b></td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>Aclaración</td><td>Aclaración</td><td>Aclaración</td></tr></table> |  |                         | <b>Firma Padre/Madre/Tutor</b> | <b>Firma Resp. Área Académica</b> | <b>Firma del Alumno</b> | ..... | ..... | ..... | Aclaración | Aclaración | Aclaración |
| <b>Firma Padre/Madre/Tutor</b>   | <b>Firma Resp. Área Académica</b>  | <b>Firma del Alumno</b> |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| .....  | .....  | .....                   |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |
| Aclaración   | Aclaración   | Aclaración              |                                |                                   |                         |       |       |       |            |            |            |





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE MISIONES



ESCUELA  
AGROTÉCNICA  
ELDORADO

## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

### HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELAS SALUDABLES

(Adaptado a la Escuela Agrotécnica Eldorado)

-Hoja 11-

Fecha: / /

#### DATOS DEL ALUMNO: (Marcar con X lo que corresponda)

Apellido/s: ..... Nombres: .....  
DNI N°: ..... Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ Otro ☐ Pref. No decir ☐  
Domicilio: ..... Departamento: ..... Localidad: .....  
Tel.: ...../..... Nivel: ..... Curso: .....

#### DATOS DEL PADRE MADRE O TUTOR: (Marcar con X lo que corresponda)

Apellido/s: ..... Nombres: .....  
DNI N°: ..... Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Trabaja Si ☐ No ☐  
Domicilio: ..... Departamento: .....  
Localidad: ..... Tel.: ...../..... CUIL: .....  
Cobertura Social: Obra Social: ☐ Plan privado: ☐ Ninguna: ☐

#### ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO

PESO: .....g TALLA: ..... cm Tensión Arterial: ...../..... (mmHg)

| SISTEMA O APARATO       | NORMAL | PATOLÓGICO | DIAGNÓSTICO (OMS) |
|-------------------------|--------|------------|-------------------|
| PIEL                    |        |            |                   |
| S.N.C                   |        |            |                   |
| OJOS                    |        |            |                   |
| OÍDOS                   |        |            |                   |
| NARIZ                   |        |            |                   |
| BOCA                    |        |            |                   |
| CUELLO                  |        |            |                   |
| AP. RESPIRATORIO        |        |            |                   |
| AP. CARDIOVASCULAR      |        |            |                   |
| AP. DIGESTIVO           |        |            |                   |
| AP. URINARIO            |        |            |                   |
| SIST. MUSCULAR          |        |            |                   |
| SIST. OSTEOARTICULAR    |        |            |                   |
| AP. VASCULAR PERIFÉRICO |        |            |                   |
| S.N.P.                  |        |            |                   |

|   |
|---|
| Antecedentes patológicos: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? .....  |
| Recibe alguna medicación: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? .....  |
| Usa Anteojos: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |
| Usa ORTESIS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRÓTESIS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ALERGIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? .....   |

Posee alguna discapacidad **FÍSICA** SÍ ☐ NO ☐ **PSÍQUICA** SÍ ☐ NO ☐

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) SÍ ☐ NO ☐

| TIPO DEFICIENCIA | LEVE | MODERADO | GRAVE | PROFUNDO |
|------------------|------|----------|-------|----------|
| Intelectual      |      |          |       |          |
| Conducta         |      |          |       |          |
| Motriz           |      |          |       |          |
| Auditivo         |      |          |       |          |
| Visual           |      |          |       |          |

¿Concorre a Rehabilitación? SÍ NO  
¿Concurrió a Rehabilitación? SÍ NO

#### Grupo Sanguíneo:

Grupo: ..... Factor RH: .....

Firma Bioquímico: .....



## PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

**FORM.D.2.4.1.1**

**Versión N° 1****Fecha: 17-06-25**

## HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELAS SALUDABLES

(Adaptado a la Escuela Agrotécnica Eldorado)

**-Hoja 11-**

**CALENDARIO DE VACUNACIÓN** (Marcar con una X lo que corresponda)

| EDAD          | BCG(1)   | Hepatitis B (HB) (2)                   | Cuádruple bacteriana (DPT-Hib) (3) | Sabín (OPV) (4) | Triple Bacteriana (DPT) (5) | Triple Viral (SRP) (6) | Doble Bacteriana (dTa) (8) |
|---------------|----------|--|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Recién nacido | 1° dosis | 1° dosis                               |                                    |                 |                             |                        |                            |
| 2 meses       |          | 2° dosis                               | 1° dosis                           | 1° dosis        |                             |                        |                            |
| 4 meses       |          |  | 2° dosis                           | 2° dosis        |                             |                        |                            |
| 6 meses       |          | 3° dosis                               | 3° dosis                           | 3° dosis        |                             |                        |                            |
| 12 meses      |          |  |                                    |                 |                             | 1° dosis               |                            |
| 18 meses      |          |  | 4° dosis                           | 4° dosis        |                             |                        |                            |
| 6 años        | Refuerzo |  |                                    | Refuerzo        | Refuerzo                    | 2° dosis               |                            |
| 11 años       |          | Iniciar o Completar esquema (3° dosis) |                                    |                 |                             | Refuerzo               |                            |
| 16 años       |          |  |                                    |                 |                             |                        | Refuerzo                   |
| Cada 10 años  |          |  |                                    |                 |                             |                        | Refuerzo                   |
| Otras         |          |  |                                    |                 |                             |                        |                            |

**APTO PARA EDUCACIÓN FÍSICA: SÍ / NO Causa: .....**

**Profesional del Sistema de Salud:**

Apellido y Nombre: .....

Matrícula: .....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Prestación:...../...../.....

**Firma y sello del profesional**

**Firma del Padre/Madre/Tutor**

## FICHA DENTAL ESCOLAR

Escuela: .....

**Año que cursa:** .....

Observaciones:.....

.....

.....

Referencia: Color **ROJO**: Prestaciones existentes  
Color **AZUL**: Prestaciones Requeridas  
Color **VERDE**: 1º Molar Permanente

| D | Tratamiento | Fecha |
|---|-------------|-------|
|   |             |       |
|   |             |       |

**Odontólogo Responsable**

Certifico que la información brindada en esta ficha es correcta y autorizamos a nuestro/a hijo/a, en compañía de un docente, a ser atendido y/o trasladado por el servicio médico contratado por el Instituto en caso de urgencia.

Lugar y fecha:.....

Firma del Padre, Madre o Tutor.....