

Logo o Escudo
PROVINCIA



sumar

es más
salud pública



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nº DE FORMULARIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDOS																				
NOMBRES																				
EL DOCUMENTO ES ⁽¹⁾ : PROPIO				O ES DE UN FAMILIAR				⁽⁴⁾ Solo para Recién Nacidos				TIPO DE DOCUMENTO: DNI			LE			LC		
NÚMERO DE DOCUMENTO						CI: P. FEDERAL			PROVINCIA			PASAPORTE			OTRO					
MAIL									CELULAR											

DATOS DE NACIMIENTO, SEXO, ORIGEN Y ESTUDIOS

SEXO: MASCULINO	FEMENINO	FECHA: DÍA	MES	AÑO	SI ES EXTRANJERO, PAIS		
¿PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA?	SI	PUEBLO INDÍGENA					
	NO	IDIOMA O LENGUA					

ALFABETIZADO

SI
NO

ESTUDIOS

NIVEL INICIAL	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	UNIVERSITARIO	AÑOS CURSADOS EN EL MAYOR NIVEL
INCOMPLETO	INCOMPLETO	INCOMPLETO	INCOMPLETO	INCOMPLETO	
COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	

DATOS DE DOMICILIO

EL ADULTO QUE PRESENTA AL MENOR ¿CONVIVE CON ESTE? ⁽²⁾ : SI				NO		⁽²⁾ En este caso debe completarse con los datos del menor.											
CALLE												Nº DE PUERTA					
PISO			DEPTO.			MANZANA											
ENTRE CALLE																	
Y CALLE																	
TELÉFONO									OTRO (ej: vecino)								
DEPARTAMENTO									MUNICIPIO								
LOCALIDAD									BARRIO / PARAJE								
CÓDIGO POSTAL						OBSERVACIONES											

LUGAR DE ATENCIÓN HABITUAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO

Logo o Escudo
PROVINCIA

REMEDIAR
+REDES


Plan Nacer

sumar

es más
salud pública


**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE (Campo obligatorio para menores de 10 años).

MADRE / TUTOR

APELLIDOS										ALFABETIZADO		ESTUDIOS	INC.	COMP.	AÑOS CURSADOS EN EL MAYOR NIVEL
NOMBRES										SI	NO	PRIMARIO			
TIPO DE DOCUMENTO:			DNI	LE	LC	CI: P. FEDERAL		PROVINCIA		SECUNDARIO					
NÚMERO DE DOCUMENTO					PASAPORTE		OTRO		TERCIARIO			UNIVERSITAR.			

PADRE / TUTOR

APELLIDOS										ALFABETIZADO		ESTUDIOS	INC.	COMP.	AÑOS CURSADOS EN EL MAYOR NIVEL
NOMBRES										SI	NO	PRIMARIO			
TIPO DE DOCUMENTO:			DNI	LE	LC	CI: P. FEDERAL		PROVINCIA		SECUNDARIO					
NÚMERO DE DOCUMENTO					PASAPORTE		OTRO		TERCIARIO			UNIVERSITAR.			

DATOS DEL EMBARAZO

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (F.U.M.)			FECHA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE EMBARAZO			SEMANAS DE CURSO DEL EMBARAZO			FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO				DÍA	MES	AÑO

RIESGO CARDIOVASCULAR

SCORE DE RIESGO	
-----------------	--

DISCAPACIDAD

VISUAL	AUDITIVA	MOTRIZ	MENTAL	OTRA DISCAPACIDAD	
--------	----------	--------	--------	-------------------	--

FECHA Y CENTRO INSCRIPTOR

FECHA DE INSCRIPCIÓN:			DÍA	MES	AÑO	FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR					
CENTRO DE INSCRIPCIÓN											
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR											

OBSERVACIONES GENERALES

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO

APELLIDOS										FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR	
NOMBRES											
FECHA DE INSCRIPCIÓN:			DÍA	MES	AÑO						
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR											
CENTRO DE REFERENCIA											