

APELLIDO Y NOMBRES:

DNI:

Grupo sanguíneo:

Factor RH:

¿Posee cobertura de salud?

SI: NO:

En caso afirmativo, indique de qué tipo:

- Obra social:

- Prepaga:

- Servicio de emergencias:

- Otra (indique cuál):

En caso afirmativo, Indicar N° de afiliado o inscripción:

Antecedentes de salud

¿Padece algunas de las siguientes enfermedades?

SI: NO:

- Enfermedad cardíaca:

- Hernias:

- Alergias (aclarar a qué y cómo):

- Convulsiones:

- Asma:

- Sinusitis, adenoides, u otitis a repetición:

- Hipertensión:

- Diabetes:

Otros antecedentes de salud:

- Operaciones:

- Prótesis (aclarar):

Manifiesta algún problema:

- Auditivo ¿Cuál?

- Visual ¿Cuál?

- ¿Desviación de columna? Especifique

- ¿Desmayos? Especifique causas

Otros:

- ¿Realiza tratamiento psicológico?

- ¿Realiza tratamiento psiquiátrico?

¿Actualmente toma algún medicamento?

Especifique:

¿Realiza alguna dieta prescrita por razones médicas?

Especifique:

¿Otra indicación que le parezca importante señalar?

Apellido y nombre, relación y teléfono de contacto en caso de emergencia:

La presente es una DECLARACIÓN JURADA para conocimiento de la ESCUELA, no requiriendo de certificación médica.

Firma y aclaración familiar responsable a cargo:

Fecha: