

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**  
Ciclo Lectivo 202\_

**Datos Personales**

**Fecha:** \_\_ / \_\_ / 202\_\_

Apellido y Nombre	
Año	
Domicilio	
DNI	
Obra Social*	
Nº de Socio	
Grupo Sanguíneo	

\*Adjuntar fotocopia del carnet

**Antecedentes Personales**

	SI	NO
Vacunación Completa		
Alimentación Normal		
Alergias*		
Intervenciones Quirúrgicas*		

\*En caso afirmativo, especificar y enviar certificado médico

**Estado Actual**

	SI	NO
<b>¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos?</b>		
<b>¿Padece algunas de las siguientes enfermedades?</b>		
Diabetes		
Hernias inguinales, crurales		
Problemas respiratorios		
Epilepsia		
<b>Ha padecido en fecha reciente:</b>		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis (30 días)		
Hepatitis (30 días)		
Lesiones traumatológicas o musculares (60 días)		
Alguna otra situación determinada por el médico:		
¿Toma en forma habitual algún medicamento? ¿Cuál? ¿Por Qué?:		



### Urgencias Médicas

Ante una emergencia se trasladará al alumno al hospital más cercano: Luisa C. De Gandulfo.

Indique los números de teléfono para poder comunicarnos y a quién corresponden (informar cambios)

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### A partir de sala de 5 años

Completar informes solamente por un profesional y/o adjuntar certificado

#### Oftalmológico

Informe	
Firma Profesional	

#### Auditivo

Informe	
Firma Profesional	

#### Buco Dental

Informe	
Firma Profesional	

#### Clínico

Informe	
Firma Profesional	

Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

El que suscribe, responsable del/ de la estudiante \_\_\_\_\_ del Colegio Boston que cursa en \_\_\_\_\_ toma conocimiento y autoriza a que el/la estudiante realice actividad física con esfuerzo cardio-vascular de acuerdo a su edad conforme con los lineamientos curriculares vigentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración