



Declaración Jurada de Salud

Datos Personales

| | |
|-------------------|--|
| 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 |
|--|----|----|
| ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos? | | |
| ¿Padece algunas de las siguientes enfermedades? | | |
| Diabetes | | |
| Hernias inguinales, crurales | | |
| Problemas respiratorios | | |
| Epilepsia | | |
| Ha padecido en fecha reciente: | | |
| 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?: | | |

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

Indique los números de teléfono para poder comunicarnos y a quién corresponden. Los cambios deberán ser informados por las familias.

| Nombre y Apellido | Parentesco | Teléfono |
|-------------------|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Presentación de Certificados (deberán ser adjuntados con la presente ficha)

| 1° año | 2° y 3° año | 4° año | 5° y 6° año |
|---|---------------------------|---|-------------|
| Apto Físico Audiometría Bucodental Oftalmológico Vacunación vigente | Apto Físico Bucodental | Apto Físico Audiometría Bucodental Oftalmológico Vacunación Vigente | Apto Físico |

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

El/la que suscribe, responsable del/ de la estudiante _____ con DNI _____ 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

Aclaración

Fecha