

DECLARACION JURADA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO _____ EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

_____ TEL: _____ CEL: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH:(_____)

OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N°: _____ TEL: _____

- VACUNAS (informar por favor si fue vacunado contra el COVID-19) SI / NO

*ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

SARAMPIÓN	OTITIS	ESCARLATINA	ENFERMEDAD CELÍACA
VARICELA	BRONQUITIS	MENINGITIS	EPILEPSIA
TOS CONVULSIVA	HERNIAS	ASMA	
PAPERAS	SINUSITIS	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	
CARDIOPATÍAS	DIABETES	REUMATISMO	

OTRAS: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: _____

TRAUMATISMOS/FRACTURAS: _____

¿ES ALERGICO? _____ ¿A QUÉ?

¿CÓMO LO EVITA?

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? _____

*SEÑALAR ACTIVIDADES QUE NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: _____

APTO FÍSICO

CABA, _____

Certifico haber examinado a _____ DNI _____ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar actividad física y deportiva acorde a su edad y sexo.

Para ser presentado ante las autoridades del Ateneo Inmaculada Concepción de Almagro.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos

Madre/Padre/Tutor

Firma del Profesional

Aclaración y N° de matrícula

Aclaración

* Se puede adjuntar copia del acto físico escolar, el mismo debe presentarse antes de comenzar el Colonia de Verano