

## 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