

## Nivel Inicial 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 alguna 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

**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 / La 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**

\_\_\_\_\_

**Aclaración**

\_\_\_\_\_

**Fecha**