**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

La presente ficha, contiene datos informativos respecto a la salud de los estudiantes, brindada por los tutores y avalada por el médico que realice el seguimiento de salud del estudiante. Por favor, completar, firmar y entregar con los requisitos de inscripción.

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| Apellido: Nombre: D.N.I.: |
| F. de Nacimiento: ….../….../….. Grupo Sanguíneo: Factor: |
| Domicilio: Tel. Particular: |
| Localidad: Provincia: |
| Obra Social: N° de Afiliado: |
| Nombre del Padre, Tutor o Encargado: D.N.I.: |
| Domicilio: Tel. de Contacto: |
|  |
| **Historia Clínica (\*)**  **Marcar con una X** |
|  |
| **ANTECEDENTES PERSONALES** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO |  | SI | NO | |
| Diabetes |  |  | Enf. Neurológicas |  |  | |
| Intervenciones quirúrgicas |  |  | Convulsiones |  |  | |
| HTA |  |  | Epilepsia |  |  | |
| Enf. Congénitas |  |  | Asma |  |  | |
| Enf. Renales |  |  | ***¿Ha Padecido en fecha reciente?*** |  |  | |
| Enf. Hepáticas |  |  | Hepatitis (60 días) |  |  | |
| Enf. Digestivas |  |  | Sarampión (30 días) |  |  | |
| Enf. Auditivas |  |  | Mononucleosis infecciosa (30 días) |  |  | |
| Enf. De la vista |  |  | Esguinces o luxaciones de:  Tobillo, hombro o muñeca |  |  | |
| **(\*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al final** | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Es Alérgico a:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Polvo, Polen |  | Antibióticos ……………………………………………………………….. |
|  | Medicamentos |  | Picadura de Insectos ………………………………………………………………. |
|  | Plumas |  | Otros (Especificar) ……………………………………………………………….. |
|  | Comidas |  | ………………… ……………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Calendario de Vacunación Completo** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si |  |  | No |

Completar dosis faltante…………………….….…………………………….

¿Alguna situación que no esté consignada y desea informarla?.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **La confección de la siguiente ficha y la consignación de datos, revisten carácter de Declaración Jurada.**  **La omisión o inexactitud de los mismos responsabilizan directamente a los padres o tutores del alumno. Librando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante, y/o al Establecimiento Educativo.**  **En mi leal consentimiento SI NO (marcar la opción que corresponda) autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  **D.N.I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a asistir a clases presenciales en el edificio escolar, con todas las medidas de bioseguridad explicitadas en protocolo institucional.** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ …………………………………………………………………………………………………………………..

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado Aclaración y D.N.I