



INFORME DE SALUD

Señores Padre, Madre o Tutor:

El presente documento tiene como objetivo conocer información actualizada del **Estado de Salud** del estudiante.

A) DATOS GENERAL

Fecha.....
 Apellido y Nombre del Estudiante:.....
 D.N.I.:.....Curso:.....Turno:.....
 Edad:.....Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....
 Domicilio:.....Localidad:.....
 Teléfono:.....Obra Social: **SI / NO** Cuál:.....Grupo Sanguíneo.....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles? Recibe atención médica: **SI / NO**

.....

Toma medicación alguna SI / NO Cuál es?

.....

¿Padece alguna de estas patologías?:

Alergias Cardiovasculares Diabetes
 (arritmia, hipertensión arterial, etc.)

Neurológicas Oftalmológica Auditivas
 (convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

C) Sres. Padres/ Madre / Tutores:

Usted considera necesario brindar otra información para el Centro Educativo tenga en cuenta, y que es necesario dar a conocer, tanto para situaciones de urgencias / emergencias.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

D) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar al Centro Educativo. Y declaro que el estudiante antes mencionado, se encuentra en condiciones de realizar actividades físicas curriculares.

La presente Declaración Jurada tendrá vigencia hasta el 31 de marzo del 2022.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

D.N.I. N°:.....