COLEGIO LUTERANO CONCORDIA
CUIT: 30-67761504-0
Av. Santa Ana 2011 – Alto Alberdi
5003 - Córdoba - Tel. 4806783 / 4881258
www.luteranoconcordia.edu.ar

INFORME DE SALUD

Estimadas Familias:

El presente documento complementa (no reemplaza) el **"Certificado Único de Salud"** y tiene como objetivo conocer información fehaciente del estado de salud de cada estudiante.

A) Datos Generales

Córdoba, Diciembre de 2026

Apellido y Nombre del Estudiante: .....

D.N.I.: ..... Sala/Grado/Curso: ..... División: ..... Turno: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de Nacimiento: ..... Grupo Sanguíneo: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Teléfono: ..... Obra Social: SI / NO - Cuál: .....

B) Antecedentes Personales de Salud:

Enfermedades Crónicas: ¿Cuáles? .....

¿Recibe atención médica?: SI / NO

¿Toma alguna medicación de forma regular?: SI / NO

¿Cuál/es es/son? .....

¿Padece alguna de estas patologías? (Marque con una cruz):

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

Oftalmológicas ☐ **Auditivas** ☐ **Neurológicas** ☐
(convulsiones, pérdida conocimiento, etc.)

C) Sres. Padres/ Madre / Tutores:

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

SI / NO ……

……

……

……

……

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 día 31 de diciembre de 2027.

……

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración: ……

DNI Nº: ……