



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD



Apellido y Nombre del Estudiante:.....

Curso: Documento N° Fecha de Nacimiento:..... Edad:.... Grupo Sanguíneo:

¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique:

¿Está tomando o ha tomado alguna medicación (en los últimos seis meses)? (Especificar)

.....

Operaciones que se le han practicado en los últimos seis meses:

.....

¿Ha tenido algún desmayo o desfallecimiento con pérdida temporal del conocimiento? SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique la causa:

¿Es diabético? SI () NO ()

¿Tiene ataques convulsivos o epilepsia? SI () NO ()

¿Tiene alguna enfermedad pulmonar? (Asma, bronquitis...) SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique cual:

¿Tiene algún problema cardíaco o enfermedad del corazón? SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique cual:

¿Es alérgico/a? SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique a qué:.....

¿Toma algún medicamento de forma regular? SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique cual:

¿Actualmente está asistiendo o ha asistido a algún tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? SI () NO ()

OTROS DATOS QUE PUEDAN AMPLIAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA.

.....

.....

.....

Como padre/madre/representante legal del estudiante declaro la veracidad de los datos brindados.

Firma del padre/madre o responsable:

Aclaración:

Documento N°