



DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Apellido/s y Nombre/s:..... DNI:

Domicilio:..... F.Nacimiento:..... Tel:.....

En caso de urgencia contactar a:..... Teléfono:.....

Grupo Sanguíneo:..... Factor RH:.....

Obra Social:..... Nro.Afiliado:..... Plan:..... Tel:.....

ANTECEDENTES PERSONALES *(marcar lo que corresponda)*

¿Presenta plan de vacunación completo?	SI	NO			
¿Presentó alguna anomalía al nacer?	SI	NO	¿Cuál/es?		
¿Toma regularmente alguna medicación?	SI	NO	¿Cuál/es? ¿Dosis?		
¿Fue operado alguna vez?	SI	NO	¿De qué?		
¿Es alérgico a algún medicamento?	SI	NO	¿Cuál/es?		
¿Es alérgico?	SI	NO	¿A qué?		
¿Padece de: ?					
Hepatitis	SI	NO	¿Tipo?		
Escarlatina	SI	NO	Rubeola	SI	NO
Varicela	SI	NO	Celiaquía	SI	NO
Paperas	SI	NO	Sarampión	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO
Asma	SI	NO	Cardiopatías	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	Hernias	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Desmayos	SI	NO
Otras ¿Cuál/es?					
¿Se encuentra bajo algún tratamiento?	SI	NO	(marcar a continuación lo que corresponda)		
Médico – Psicológico – Psicopedagógico – Otro			¿de qué tipo?		

¿Tuvo COVID-19?	SI	NO			
¿Se vacunó contra el COVID-19?	SI	NO	¿Cuál?		
			Fecha Primera Dosis:		
			Fecha Segunda Dosis:		

ANTECEDENTES FAMILIARES *(Tachar lo que no corresponda)*

Muerte súbita de familiar directo menos de 50 años	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Obesidad	SI	NO	Problemas cardíacos	SI	NO

Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsificar dato alguno que deba contener y es fiel expresión de la verdad.

Firma y Aclaración:..... Fecha: