

### 1. PLANILLA DE SALUD

Apellido y Nombre:.....

Apellido y Nombre del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:.....

Domicilio Particular:.....

Teléfonos en caso de emergencia: .....

Nombre de la Institución a la que pertenece:.....

1-¿Es alérgico? 

SI	NO
----	----

En caso que la respuesta sea SI, ¿a qué?.....

2-¿Ha sufrido en los últimos 30 días alguno de los siguientes cuadros? (Marcar con una X lo que haya sufrido)

a) Procesos inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Cirujías

En caso que la respuesta sea afirmativa especifique ¿cuál?.....

e) Otro: .....

3. Grupo sanguíneo: .....

4. ¿Está tomando alguna medicación?  ¿Cuál?.....

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y coordinador a cargo:.....

¿Tiene obra social? 

SI	NO
----	----

 (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva, deberá acompañar fotocopia de la credencial.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud a los.....días del mes de.....del año....., autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se suscribe con carácter de **Declaración Jurada**.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal .....

Aclaración.....