

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS

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

Teléfono 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? (Marcar con una X lo que haya sufrido)

a) Procesos inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Alguna operación

¿Cual?.....

e) Otras: 3. Grupo

sanguíneo:.....

En caso que la respuesta sea SI, ¿cuál?.....

4. ¿Está tomando alguna medicación?

SI	NO
----	----

 (Tachar lo que no corresponda)

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 la presente planilla con carnet o copia de carnet.

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 realiza bajo la forma de Declaración Jurada con relación a los datos consignados arriba, siendo exclusiva responsabilidad de los padres/tutores/representados la omisión o la falsedad de la información.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración.....