

## PLANILLA DE SALUD

**CICLO LECTIVO**  
**20\_\_**

Apellido y nombres.....  
DNI..... Sexo..... Edad al 30/06 del corriente año.....  
Teléfono ante emergencias..... Pertenece a.....  
Teléfono alternativo..... Pertenece a.....

1. Es alérgico: (SI) (NO)  
En caso de respuesta positiva, especificar:.....
2. Ha Sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X):
  - a. Procesos inflamatorios (.....)
  - b. Fracturas o esguinces (.....)
  - c. Enfermedades infecto-contagiosas (.....)
  - d. Otras.....
3. Está tomando alguna medicación: (SI) (NO)  
En caso de respuesta positiva, especificar:.....
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....
5. ¿Tiene obra social? (SI) (NO)  
En caso de respuesta positiva, especificar:.....

### **MAYORES DE EDAD**

Dejo constancia de haber cumplimentado mi planilla de salud.

En....., a los .....del mes de.....del año.....

Autorizando por el presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

**La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados.**

.....  
Firma

.....  
Aclaración de la firma / DNI

### **MENORES DE EDAD**

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a:.....

En....., a los .....del mes de.....del año.....

Autorizando por el presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

**La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados.**

.....  
Firma Padre, Madre o representante legal

.....  
Aclaración de la firma / DNI