

## PLANILLA DE SALUD para...

### ▪ SALIDAS EDUCATIVAS ▪ SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha..... /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor

Dirección..... Teléfono:

Lugar a Viajar

1. ¿Es alérgico?  sí  no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

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?  sí  no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? .....

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

5. ¿Tiene Obra Social?  sí  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 de mi hijo/hija.....

en ..... 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

**Firma Padre, Madre, Tutor**

.....

**Aclaración de la**

Firma.....