



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

**Datos del niño/a:**

Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha de Nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra social:	N° Afiliado:	
Nombre de Padre, Madre, Tutor o Encargado:		DNI:
Domicilio:		Tel. de Contacto:

**Para ser completado por el médico**

**Historia Clínica (\*)**

**Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.**

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enf. de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enf. de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enf. de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis-Enf. del Hígado	38	Enf. Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas-Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enf. de Genitales	41	Enf. de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enf. Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza-Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis-Artrosis	27	Convulsiones-Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis-Otitis-Anginas	30	Enf. Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía-Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardiacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:			Calendario de Vacunación Completo	
Polvo, Polen		Antibióticos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Medicamentos		Picaduras	Completar al dorso dosis faltantes	
Plumas		Otros (Especificar)		
Comidas ¿Cuál? .....				

¿Realiza actividad física? SI  NO  ¿Cuál?

¿Con qué frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces por semana Todos los días

Declaro bajo juramento que decir la verdad que lo dispuesto por la presente es fehaciente conforme al estado clínico y médico de nuestro hijo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Localidad, Fecha y Hora

\_\_\_\_\_  
Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI

**(\*) En caso de marcar X alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción.**