PESTALOZZI

ANEXO III Bis - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

1. DATOS GENERALES

a) Nombre y Apellido:……b) Estado Civil:……..……..……..

c) Lugar de nacimiento:…….....…….....d) Fecha de nacimiento:.....…..……

e) Domicilio:….....……..……...…….....f) Tipo y Nº Doc.....

g) Nacionalidad:.....h) Profesión: .....

i) Teléfonos: Particular: ..... Laboral: ..... Celular: .....

2. INFORMACIÓN MÉDICA

a) Altura ……..……..cm c) Presión Arterial Mín.....Máx.....		b) Peso .....kg. ¿Varió su peso en el último año? **SI** ☐ **NO** ☐ En caso afirmativo, ¿cuánto? .....
d) ¿Sufrió o sufre de enfermedades cardiovasculares (cardiopatías congénitas, hipertensión arterial, infartos, anginas de pecho, arritmias, etc.), pulmonares, gastrointestinales, genitourinarias, neurológicas o psiquiátricas?	**SI** ☐ **NO** ☐	Indique Cuál / Fecha / Estado Actual: …… …….. ……..
e) ¿Sufrió algún accidente, herida u operación quirúrgica o estuvo internado? En caso afirmativo, detallar en "Observaciones" fechas, diagnósticos, tratamientos y estado actual.	**SI** ☐ **NO** ☐	Observaciones: …… …….. …….. Fecha de ocurrencia: ……

3. ALUMNOS/AS BENEFICIARIOS/AS

Nombre y Apellido	**Tipo y Nº de Doc.**	**Grado/Año**	**Edad**
….....……..……...…….....	.....	.....	.....
….....……..……...…….....	.....	.....	.....
….....……..……...…….....	.....	.....	.....
….....……..……...…….....	.....	.....	.....

Declaro bajo juramento que las respuestas dadas por mí y consignadas en este formulario son verídicas, precisas y correctas. Además, mediante el presente documento y en este acto, relevo del secreto profesional a los médicos que me hayan examinado y a aquellos que me asistan o examinen en el futuro.

IMPORTANTE: La cobertura solicitada no entrará en vigor hasta tanto esta declaración sea recibida en la Administración del Colegio.

.....……..	…….....	.....…….....….....
Lugar y Fecha	Representante de A.C. Pestalozzi	Firma del responsable parental