

Apellido y Nombres: Edad:
 Fecha de Nacimiento:/...../..... D.N.I.: Grupo Sanguíneo:
 Domicilio: Localidad:
 Teléfono: Teléfono Alternativo: Colegio:

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Rubeola
Angina
Otitis
Colecistitis
Varicela

Poliomielitis
Infecciones Urinarias
Asma
Diabetes
Bronquitis

Epilepsia
Convulsiones
Epistaxis
Sarampión
Hepatitis

Tiene antecedentes alérgicos? Aclarar si es así, a qué? (Medicamentos ¿Cuáles? ¿Alimentos?
 Picaduras de Insectos)

Antecedentes de vacunación: (Fecha de vacunación)

Antitetánica...../...../..... Antisarampionosa...../...../..... Otras:.....

Si se encuentra bajo tratamiento médico mencionar los siguientes datos:

Tipo de afección: Medicamentos:.....

Dosis:

Médico Tratante: Tel.:

Si lleva medicamentos para su tratamiento informar al coordinador y al acompañante.

Sabe nadar?

Tiene alguna dieta por prescripción médica, religión, etc.?

.....

.....

.....

.....

Todos los datos que usted crea que son necesarios que deban saberse por favor no dude en aclararlos.

Ante cualquier urgencia, autorizo que a mi hijo se le efectúen las prácticas médicas y/o quirúrgicas correspondientes para el tratamiento de un accidente y/o enfermedad. Y hago esta declaración de salud en carácter de **declaración jurada**.

.....
Firma del Padre o Tutor

.....
Aclaración de firma

.....
Firma y sello del Médico tratante