

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha ....... /....... /....... |  |  |
| Apellido y Nombres del Alumno .................................................................................................................... | | |
| Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal  ....................................................................................................................................................................... | | |
| Dirección .......................................................... Teléfono: ………………………………………………………………………… | | |
| Lugar a Viajar: ……………………………................................................................................................................. | | |
| 1. ¿Es alérgico? **SI / 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)   1. Procesos Inflamatorios ( ) 2. Fracturas o esguinces ( ) 3. Enfermedades infecto-contagiosas ( )   d) Otras: ..........................................................................................................................................................  3. ¿Está tomando alguna medicación? **SI / NO** (tachar lo que no corresponda)  En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:……………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  5. ¿Tiene Obra Social? **Si / NO** (tachar lo que no corresponda)  En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.  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**  **o Representante Legal** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |