

ANEXO III Bis - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

N° FLIA:

1. DATOS GENERALES DEL/ DE LA RESPONSABLE PARENTAL

a) Nombre y apellido:.....	b) Estado civil:.....
c) Lugar de nacimiento:.....	d) Fecha de nacimiento:.....
e) Domicilio:.....	f) Tipo y N° Doc.....
g) Nacionalidad:.....	h) Profesión:
i) Teléfonos: Particular: Laboral: Celular:	

2. INFORMACIÓN MÉDICA DEL/ DE LA RESPONSABLE PARENTAL

a) Alturacm	b) Pesokg.		
c) Presión Arterial Mín.....Máx.....	¿Varió su peso en el último año? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IndiqueCuál / 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Observaciones: Fecha de ocurrencia:

3. ALUMNOS/AS BENEFICIARIOS/AS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de Doc.	Grado/Año	Edad
.....
.....
.....
.....

Declaro bajo juramento que las respuestas dadas por mí y consignadas en este formulario son verdícas, 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 responsable parental