

PLANILLA DE SALUD INSTITUTO DE MÚSICA JOSÉ HERNÁNDEZ

Fecha ___/___/___

Apellido y Nombres de la Alumna o Alumno:

Apellido y Nombre del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Dirección _____

Teléfono Particular _____ Teléfono celular _____

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)

A) Procesos inflamatorios (____)

B) Fracturas o esguinces (____)

C) Enfermedades infecto- contagiosas (____)

D) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Si – No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál?

.....

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario que 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 acompañar la presente planilla con fotocopia del carnet o constancia de la obra social.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/ hija

A los _____ días del mes de _____ del año _____, autorizo por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo disponga los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma
(menor de edad firma Madre- Padre
o Tutor)

Aclaración de Firma