

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DJS)

Nº 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 Nº Doc.....
g) Nacionalidad:.....	h) Profesión: .....
i) Teléfonos: Particular: ..... Laboral: ..... Celular: .....	

### 2. INFORMACIÓN MÉDICA DEL/ DE LA RESPONSABLE PARENTAL

a) Altura .....cm	b) Peso .....kg.		
c) Presión Arterial Mín.....Máx.....	¿Varió su peso en el último año? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <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?	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <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.	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	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 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