



INSTITUTO SAN JOSÉ - NIVEL SUPERIOR  
DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Profesorado: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Cohorte: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia, avisar a:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, responde el siguiente cuestionario relacionado con tu salud.

\* ¿Tienes algunas /s de las siguientes patologías? Marca con una X donde corresponda.

	SI	NO	Si tu respuesta es SI indica qué medicación tomas, si corresponde.	
Asma				
Epilepsia				
Convulsiones				
Diabetes				
Gastritis / Ulceras				
Hipertensión arterial				
Disfunción de tiroides				
Dolor de cabeza frecuente				
<b>Otras patologías:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Especifica cuál/es, donde corresponda</b>	<b>¿Medicación?</b>
Traumatismos por accidente				
Problemas de columna				
Afecciones neurológicas				
Afecciones psicológicas				
Afecciones psiquiátricas				
Enfermedad oncológica				
Enfermedades de la vista				
Enfermedades de oído				
Enfermedades cardíacas				
Enfermedades infectocontagiosas				
Enfermedades de la sangre (lupus, púrpura, hemofilia, etc.)				
Alergia a medicamentos				
Otras alergias				
Problemas de motricidad				
Otras enfermedades				

\* ¿Recibiste la vacuna contra el SARS CoV2 (Covid 19)? SI / NO

Si tu respuesta es SI, indica cuántas dosis: \_\_\_\_\_

\* Exclusivo para mujeres: ¿Estás cursando un embarazo actualmente? SI / NO

Si tu respuesta es SI, ¿es un embarazo de riesgo? SI / NO Indica el tiempo de gestación: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DECLARANTE: -----