**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 / Úlceras |  |  |  | |
| Hipertensión arterial |  |  |  | |
| Disfunción de tiroides |  |  |  | |
| Dolor de cabeza frecuente |  |  |  | |
| **Otras patologías:** | **SI** | **NO** | **Especifica cuál/es, donde corresponda** | **¿Medicación?** |
| 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 |  |  |  |  |

* 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: -------------------------------