

# INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315  
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL  
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina  
Web: [iab.educacionadventista.com](http://iab.educacionadventista.com) E mail: [instituto.iab@educacionadventista.org.ar](mailto:instituto.iab@educacionadventista.org.ar)  
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD -REINGRESANTE (para ser completada por los tutores)

Apellido y nombre del alumno: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento:...../...../.....

Domicilio: .....

Nombre del tutor: .....

Teléfono de la casa: ..... Teléfono celular: .....

Teléfono en caso de emergencia: ..... Obra social / Prepaga: .....

Grupo sanguíneo: .....

### INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A A COMPLETAR POR EL TUTOR:

- ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participará o limitará su participación en actividades deportivas? NO  SI  ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?  
NO  SI  ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún suplemento, vitaminas, minerales y otras sustancias?  
NO  SI  ESPECIFIQUE:.....
- ¿Posee alguna discapacidad o trastorno psíquico?  
NO  SI  ESPECIFIQUE: .....
- ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? NO  Hipoacusia  Dislexia  Síndrome atencional   
Otro (explique): .....
- ¿Está recibiendo o recibió apoyo psicopedagógico?  
Regularmente  Hace 1 mes  Hace 6 meses  Hace 12 meses  No
- ¿Está recibiendo o recibió tratamiento psicológico?  
Regularmente  Hace 1 mes  Hace 6 meses  Hace 12 meses  No
- ¿Ha fumado en los últimos 3 meses? Sí regularmente  Sí ocasionalmente  No
- ¿Ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 3 meses? Sí regularmente  Sí ocasionalmente  No
- ¿Ha usado drogas como marihuana, cocaína o pasta base u otras en los últimos 3 meses?  
Sí regularmente  Sí ocasionalmente  No
- ¿Usa remedios recetados o los que puede comprar sin receta? Sí regularmente  Sí ocasionalmente  Nunca
- ¿Está recibiendo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias adictivas?  
No  Hace 12 meses  Hace 6 meses  Hace 1 mes  Regularmente

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

Fecha: ...../...../.....