

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 E mail: 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:/...../.....