

 CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO N° 6-506 "DR. RAMÓN H. LEMOS"	FO-CCT-08
FORMULARIO DECLARACION DE SALUD	Rev. 01

Nombres y Apellidos: _____

D.N.I.: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Curso: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección Particular: _____

En caso de Emergencia comunicarse con:

Tel.: _____ Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____

Alternativos:

Tel.: _____ Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____

Tel.: _____ Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____

Posee Servicio Privado de Emergencia: _____ Cual: _____

N° Teléfono: _____ N° Afiliado: _____

Obra Social: _____ N° Afiliado: _____

Centro Médico de Atención: En Luján _____

Alta Complejidad _____

Posee Alguna Enfermedad Crónica: _____ Diabetes: _____ Presión Arterial: _____

Otra: _____ Cual: _____

Toma Alguna Medicación Especial: _____

¿Es Alérgico?: _____ ¿A qué?: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Recibe Transfusión Sanguínea: _____

Médico de Cabecera: _____ Tel.: _____

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, o ser trasladados por personal de la Institución a un Centro Asistencial o a su domicilio, según lo requiera.

.....
Firma y Aclaración
Alumno

.....
Firma y Aclaración
Padre, Madre o Tutor
Alumno Menor de Edad

Preparó: Asistente SGC	Aprobó: Equipo Directivo	Emisión: 03/09/2026
Fecha: 03/09/2026	Fecha: 03/09/2026	Página 1 de 1