



MANIFIESTO DE SALUD DEL PADRE O APODERADO

DATOS DE ALUMNO

Nombres	Apellidos	Edad		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Número de DNI	Dirección			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Teléfonos	Sexo	Peso	Talla	Tipo de sangre
<input type="text"/>				

1. Presenta alguna de estas enfermedades (SI O NO), marcar lo que corresponde

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Claustrofobia (Temor a estar en lugares cerrados) |
| <input type="radio"/> Vértigo a las alturas | <input type="radio"/> Hemorragias | <input type="radio"/> Otros _____ |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Atención psicológica | |

2. Presenta algún tipo de alergia (SI O NO). Si la respuesta es SI, deberá especificar el tipo de alergia, por ejemplo: ampicilina, megacilina, polen, cítricos u otros (especificar).

3. Cuándo se expone al sol, tiene los siguientes problemas (SI O NO), marcar la que corresponda:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Nauseas | <input type="radio"/> Fiebre | <input type="radio"/> Dolores de cabeza |
| <input type="radio"/> Otros _____ | | | |

La información vertida en el presente manifiesto se ajusta a la verdad, lo que refrenda con sus datos y su firma.

Firma del padre o apoderado
N° de DNI