



Gobierno de la ciudad de Buenos Aires  
Ministerio de Cultura  
Subsecretaría de Cultura  
Dirección General de Enseñanza Artística  
Escuela Metropolitana de Arte Dramático

### FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD (Declaración jurada)

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Salud	Sí	No	Observaciones
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?			
• Diabetes			
• Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, etc.)			
• Hernia			
• Alergia (aclarar a qué y cómo)			
• Convulsiones			
• Asma			
• Sinusitis, Adenoides, Otitis a repetición			
• Hipertensión			
• Hipotensión ( baja presión)			
• Otros			
2) Operaciones - Prótesis ( Aclarar)			
3) Manifiesta algún problema			
• Auditivo ¿Cuál?			
• Visual ¿Cuál?			
• ¿Desviación de Columna? Especifique			
• ¿Desmayos? Especifique causas			
• Otros			
4) Tratamiento psicológico			
Tratamiento psiquiátrico			
5) ¿Actualmente toma algún medicamento? ¿Por qué? Especifique.			

Otra indicación que le parezca importante señalar:

---

---

---

---

La presente es una **declaración jurada** del aspirante para el conocimiento de la Escuela, por lo tanto no requiere de la certificación de un médico.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración

Fecha:    /    /