



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE CULTURA
SUBSECRETARIA DE POLITICAS CULTURALES Y NUEVAS AUDIENCIAS
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA ARTISTICA
ESCUELA METROPOLITANA DE ARTE DRAMATICO

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 firma médica.

Firma y aclaración

Fecha: / /