REPORTE DE SALUD DE RESIDENTES

APELLIDO Y NOMBRE DEL RESIDENTE	
¿Padece alguna patología crónica?	
¿Está en algún tratamiento actualmente? (Médico/Psicológico, psiquiatrico, etc.)	
¿Toma algún medicamento con prescripción médica? ¿Cuál?¿Para que es?	
¿Ha tenido alguna cirugía?¿Cuál?	
¿Tiene alergias?¿Cuál?	
Grupo Sanguíneo	
Obra Social	
Observaciones	

Este documento tiene carácter de Declaración Jurada

Se debe adjuntar al mismo:

Certificado de buena Salud (Medico Clínico/ Centro de
Certificado de apto psicologico (Psicologo/ Psiquiatra)

.....

FIRMA AFILIADO TITULAR **LUGAR Y FECHA : .....**

salud)