



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES**  
**Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**  
Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines de Adopción

## **DECLARACIÓN CERTIFICADA DE SALUD**

(Documentación para uso exclusivo del R.U.A.G.A.)

### **DATOS DEL/LA POSTULANTE**

Nombre y apellido:	
Tipo de documento y N°:	
Fecha de nacimiento:	

### **Antecedentes médicos**

Clínicos:	Fecha:
Diagnóstico:	

Quirúrgicos:	Fecha:
Diagnóstico:	

Psiquiátricos	Fecha:
Diagnóstico:	



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES**  
**Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**  
Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines de Adopción

---

**DECLARACIÓN CERTIFICADA DE SALUD**

(Documentación para uso exclusivo del R.U.A.G.A.)

Internaciones:
Tratamiento:
Medicaciones:

**Estado actual clínico / psiquiátrico**

Diagnóstico:
Tratamiento:
Medicaciones:

**Datos adicionales** (marcar con una x lo que corresponda)

Es Ud. una persona con discapacidad?
SI                      NO
Especificar / Observaciones:



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES**  
**Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**  
Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines de Adopción

---

**DECLARACIÓN CERTIFICADA DE SALUD**

(Documentación para uso exclusivo del R.U.A.G.A.)

**Cobertura de salud**

Pública
Obra Social
Prepaga
Especificar / Observaciones:

Firma y aclaración del/la Postulante:

---

**DATOS DEL/ LA PROFESIONAL MÉDICO/A RESPONSABLE**

Nombre y apellido:
Matrícula habilitante:
Teléfono:
Correo electrónico:
Institución médica a la que pertenece:
Observaciones:

Fecha:

---

Firma y sello:

---

---