



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:
