

**COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA**  
**DECLARACIÓN JURADA- FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS**  
**CICLO LECTIVO 2023**

Apellido:..... Nombres: .....  
Colegio Santa Rosa de Lima. Curso:.....Div:..... Fecha Nac.:...../...../.....  
DNI:.....  
Domicilio:..... Telf.:.....  
Teléfono EMERGENCIAS: ..... Grupo Sanguíneo: .....Fact. RH .....  
Talla:..... Peso:.....

**ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO (marcar con un círculo la opción correcta y completar la línea de puntos)**

Hepatitis: A B C Diabetes:.....- Hemofilia:.....-  
Otras:..... ¿Cuáles?.....

**ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL SISTEMA NERVIOSO**

Epilepsia:..... Convulsiones:..... Meningitis:.....  
Poliomielitis:..... ¿Secuelas?..... ¿Cuáles?.....

**SISTEMA CIRCULATORIO- HEMATOLÓGICO**

Arritmia Cardíaca:.....-Hipertensión Arterial:.....Máx..... / Mín.....  
Mal de  
Chagas:.....Anemias:.....Leucemia:.....  
Otras:.....  
Tratamiento Médico:.....

**SISTEMA RESPIRATORIO**

Bronquitis:.....Aguda.....Crónica.....-  
Tuberculosis:..... Asma:.....  
Alérgico: SI/NO Yodo: .....Penicilina.....Dipirona.....Césped.....  
Polvo.....  
Otros: .....

**SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO**

Alteraciones del tono muscular y la función motora: SI/NO  
Especifique:..... Tratamiento médico:  
.....  
Escoliosis:.....  
Traumatismos recientes: SI/NO  
Fracturas:.....Esguinces:.....-  
Se le colocó yeso: SI/NO ¿Cuánto tiempo?.....  
Utiliza prótesis: SI/NO  
Especifique:.....

Tratamiento Psicológico: SI/NO

Motivos:.....  
Vacuna antitetánica. Obligatoria completa..... ¿Cuántas dosis?.....  
Visión: ¿Se realizó algún control?....., ¿Se detectó algún problema?.....Cuál?.....  
Medicación: ¿Toma algún medicamento?.....¿Cuál?.....¿Para qué?.....  
Lenguaje: ¿Alguna vez tuvo problemas?.....¿Asistió a algún especialista?.....¿A qué edad?.....  
-Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras o después de hacer ejercicios físicos: SI - NO  
-Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras hacía ejercicios físicos: SI- NO  
-Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos cuatro meses: SI- NO

**COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA**  
**DECLARACIÓN JURADA- FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS**  
**CICLO LECTIVO 2023**

- Tiene dolores articulares: SI- NO
- Fue operado en los últimos cuatro meses: SI- NO
- Sufre hormigueos en las manos o pies: SI- NO

**ES IMPORTANTE QUE EL MÉDICO QUE FIRME LA PRESENTE FICHA MÉDICA REALICE POR ESCRITO LAS ADVERTENCIAS NECESARIAS A TENER EN CUENTA, CON EL OBJETIVO DE CUIDAR LA SALUD DEL ALUMNO Y PREVENIR TODO RIESGO, EN LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA**

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz, los datos consignados en la presente ficha médica, liberando expresamente a docentes y directivos del Colegio, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la práctica deportiva , autorizando a mi hijo/a.....a realizar las actividades inherentes del espacio curricular Ed. Física.

-----  
**Firma de Padre, Madre, Tutor**

-----  
**Firma del Profesional**

-----  
**Aclaración**

-----  
**Sello del Profesional**

DNI N° -----

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO SEGÚN DNI:

-----  
Edad:.....Fecha de nacimiento:.....Nacionalidad:.....

DNI;.....Domicilio:.....

Teléfonos para emergencias:.....

**Nombre y apellido de la Madre:**.....

Nacionalidad:.....

Profesión:.....

DNI:.....

Teléfonos fijo y celular:.....

**Nombre y apellido de la Padre:**.....

Nacionalidad:.....

Profesión:.....

DNI:.....

Teléfonos fijo y celular:.....