

\_\_\_\_ COLEGIO \_\_\_\_  
**San Agustín**

Av. Libertador Gral. San Martín 3880 (oeste)-Rivadavia  
– San Juan-



**DECLARACIÓN JURADA – FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS/AS**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Div.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_ Obra Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono N°: \_\_\_\_\_ Teléfonos para EMERGENCIAS N°: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Enfermedades que padece o ha padecido:**

Hepatitis: \_\_\_\_\_ cual? A – B – C ( Tache lo que corresponde) Diabetes: \_\_\_\_\_

Hemofilia: \_\_\_\_\_

¿Otras? \_\_\_\_\_

**Enfermedades que afectan al Sistema Nervioso:**

Epilepsia: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Meningitis: \_\_\_\_\_

Poliomielitis: \_\_\_\_\_ ¿Secuelas? \_\_\_\_\_

**Sistema Circulatorio – Hematológico:**

Arritmia Cardíaca: \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial: \_\_\_\_\_

Máxima: \_\_\_\_\_ Mínima: \_\_\_\_\_

Mal de Chagas: \_\_\_\_\_ Anemias: \_\_\_\_\_ Leucemia: \_\_\_\_\_

¿Otros? \_\_\_\_\_

Tratamiento Médico: \_\_\_\_\_

**Sistema Respiratorio:**

Bronquitis: \_\_\_\_\_ Aguda: \_\_\_\_\_ Crónicas: \_\_\_\_\_

Tuberculosis: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? (Césped, polvo, yodo, penicilina, Novalgina, ect.)

Especifique: \_\_\_\_\_

**Sistema Músculo – Esquelético:**

¿Alteraciones del tono muscular y la función motora? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tratamiento médico? \_\_\_\_\_ Escoliosis: \_\_\_\_\_ Traumatismos recientes: \_\_\_\_\_ Fracturas: \_\_\_\_\_

Esguinces: \_\_\_\_\_ Si la respuesta fue positiva; ¿le colocaron Yeso? \_\_\_\_\_ ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Su hijo utiliza prótesis? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**Sistema Urinario:**

Incontinencia Urinaria: \_\_\_\_\_ Cálculos urinarios: \_\_\_\_\_  
Cirugías Urológicas: \_\_\_\_\_

**Sistema Digestivo:**

Gastritis: \_\_\_\_\_ Úlceras estomacales: \_\_\_\_\_  
Síndrome del colon irritable: \_\_\_\_\_  
¿Otras? \_\_\_\_\_

Vacuna Antitetánica. Obligatoria y completa: \_\_\_\_\_ cuantas dosis: \_\_\_\_\_

Visión: Se realizó algún control: \_\_\_\_\_ se detectó algún problema: \_\_\_\_\_

Debe usar lentes: \_\_\_\_\_

Audición: Se realizó algún control: \_\_\_\_\_ se detectó algún problema: \_\_\_\_\_

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Medicación: Toma algún medicamento: \_\_\_\_\_ cuál: \_\_\_\_\_ para que: \_\_\_\_\_

Lenguaje Alguna vez tuvo problemas \_\_\_\_\_, asistió a un especialista: \_\_\_\_\_ a qué edad \_\_\_\_\_

\_ Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras o después de hacer ejercicios físicos: si – no

\_ Alguna vez experimento excesiva falta de aire mientras hacía ejercicios físicos: si – no

\_ Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses: si – no

\_ Tiene dolores articulares: si – no

\_ Fue operado en los últimos 4 meses: si – no

\_ Sufre hormigueos en las manos o pies: si – no

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz, los datos consignados en la presente, liberando expresamente a docentes y directivos del colegio, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_