

COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA
DECLARACIÓN JURADA- FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS
CICLO LECTIVO 2025

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 2025

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

CALENDARIO DE VACUNACIÓN

- Completo: SI – No
- Incompleto: ¿cuáles faltan?.....

ES IMPORTANTE QUE EL MÉDICO QUE FIRME LA PRESENTE FICHA MÉDICA Y 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
(hojas 1 y 2)

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:.....