



COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA
DECLARACIÓN JURADA- FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS
NIVEL SECUNDARIO - 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
NIVEL SECUNDARIO - 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:.....