



COLEGIO SAN BERNARDO.

Secundario Básico y Orientado
Bachiller Adultos

Resolución N° 976 M.E. -99

Chile 469 - Este- Capital - Teléfono 4-210408- 2644114606 SAN JUAN

colegiosanbernardosecundaria20@gmail.com

DECLARACIÓN JURADA 2.025-

FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS.

Se solicita adjuntar a esta ficha un ELECTROCARDIOGRAMA, con el informe correspondiente firmado por el médico cardiólogo que realizó el estudio, otorgando el apto físico para poder realizar Actividad Física.

Dicho electrocardiograma solo deberán presentarlo los alumnos que **NO** presentaron cartilla sanitaria.

Apellido y Nombre: Colegio:

.....Año: División: Edad: Ciclo:

.....Obra Social: N° Afiliado: Fecha de

Nacimiento: D.N.I.: Domicilio:

..... Teléfono:

..... **TELÉFONO PARA EMERGENCIAS:** Grupo

Sanguíneo: Factor RH: Talla: Peso:

Enfermedades que padece o que ha padecido:

Hepatitis: cuál: A-B-C (tache la que corresponde). Diabetes: Hemofilia:

¿Otras? cuáles?

Enfermedades que afectan al Sistema Nervioso:

Epilepsia: Convulsiones: Meningitis: Poliomiелitis:

¿Secuelas? ¿cuáles?

Sistema Circulatorio – Hematológico:

Arritmia Cardíaca: Hipertensión Arterial (valores): máx.: min.:

Mal de Chagas: Anemias: Leucemia: Aneurisma:

Infarto: ¿Otras? Tratamiento Médico:

Sistema Respiratorio:

Bronquitis Aguda: Bronquitis Crónica: Tuberculosis: Asma:

Neumonía: ¿Otra?Cuál

¿Es alérgico? (Césped, polvo, yodo, penicilina, dipirona - Novalgina, etc.)

Especifique



COLEGIO SAN BERNARDO.

Secundario Básico y Orientado
Bachiller Adultos

Resolución N° 976 M.E. -99

Chile 469 - Este- Capital - Teléfono 4-210408- 2644114606 SAN JUAN
colegiosanbernardosecundaria20@gmail.com

Sistema Urinario:

Incontinencia Urinaria: Cálculos Urinarios: Cirugías Urológicas:

Sistema Digestivo:

Gastritis: Úlceras estomacales: Síndrome del colon irritable:

¿Otras?

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

Vacuna Antitetánica. Obligatoria y Completa: Cuántas dosis:

- Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras o después de hacer ejercicios físicos: SI - NO
- Alguna vez experimentó falta de aire mientras hacía ejercicio físico: SI - NO
- Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos cuatro meses: SI - NO
- Tiene dolores articulares: SI - NO
- Fue operado en los últimos cuatro meses: SI - NO
- Sufre hormigueos en manos o pies: SI - NO

El abajo firmante declara 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 o Tutor.

Aclaración.....

D.N.I. N°.....