COLEGIO "MERCEDITAS DE SAN MARTÍN"
DE CE.S.A.P

EDUCACIÓN SECUNDARIA

Entre Ríos 744 Sur Capital San Juan
Teléfono: 0264 - 4214128-4223681

CICLO LECTIVO: 2026

San Juan, …… de 20…..

Señores Padres:

El Representante Legal, el Equipo de Conducción de Educación Secundaria y Prof. de Educación Física solicitan a Uds. presenten al momento de la Inscripción de su hijo/a, la siguiente **Declaración Jurada Médica**. **La misma debe ser llenada en compañía del médico de cabecera o pediatra de su hijo/a y firmada por el mismo.**

Esta solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y es requerida para proceder adecuadamente ante posibles imprevistos ocurridos a los alumnos durante las distintas actividades desarrolladas dentro y fuera del Colegio, buscando preservar su integridad física y poder ser conocedores desde la Institución de aquellos alumnos que requieran atención específica en base a diagnósticos médicos, dificultades clínicas o físicas que requieran de nuestra especial atención.

Asimismo, es importante destacar que a nivel nacional se están registrando casos de enfermedades infecto - contagiosas (meningitis - hepatitis, etc), motivo por el cual desde el Colegio deseamos estar prevenidos y colaborar con la salud de nuestros niños, por ello requerimos que a la presente Declaración Jurada Médica adjunten fotocopia del carnet de vacunas de su hijo/a. En caso que dicho certificado esté incompleto solicitamos firmen la autorización que se encuentra al final de la ficha para que sus hijos puedan ser vacunados, en la Institución ya que desde la Secretaría de Salud Pública están previstas campañas (Rubéola y Rubéola Congénita) para completar así el esquema de vacunas.

MUCHAS GRACIAS

DECLARACIÓN JURADA
FICHA MÉDICA PARA ALUMNOS

APELLIDO Y NOMBRES.……....
EDAD……..…AÑO QUE CURSA.……...…… DIV…… NIVEL.…….. TURNO……..
FECHA DE NAC……/……/…… D.N.I Nº.…….. OBRA SOCIAL.……...
DOMICILIO.……...
TELÉFONO Nº.…….TELÉFONO PARA EMERGENCIAS Nº.……..……..
GRUPOSANGUÍNEO……FACTOR……TALLA……PESO……...

ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO
DIABETES…….... HEMOFILIA:……..…….
OTRAS?:……

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA NERVIOSO
EPILEPSIA…….**CONVULSIONES**……...MENINGITIS……...……
POLIOMIELITIS……
¿SECUELAS?.....

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA CIRCULATORIO- HEMATOLÓGICO
ARRITMIA CARDÍACA……HIPERTENSIÓN ARTERIAL……MÁXIMA……..…MÍNIMA……
MAL DE CHAGAS……...ANEMIAS……...LEUCEMIA……...
¿OTRAS?..... TRATAMIENTO MÉDICO……..……...……..

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA INMUNOLÓGICO.
HEPATITIS……..CUÁL:A-B -C(SUBRAYE LA QUECORRESPONDA)
TOXOPLASMOSIS ……H.I.V……
H.P.V (Sólo niñas apartir 11 años).……

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA RESPIRATORIO
BRONQUITIS……..AGUDA……..CRÓNICA……TUBERCULOSIS……
ASMA…… ¿ESALÉRGICO?(CÉSPED,POLVO,YODO,PENICILINA,DIPIRONA,NOVALGINA,ETC)
ESPECIFIQUE…….

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
¿ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y LA FUNCIÓN MOTORA?.....ESPECIFIQUE……..…...
¿TRATAMIENTO MÉDICO? .....ESCOLIOSIS……TRAUMATISMOSRECIENTES ……FRACTURAS…….
ESGUINCES……..…..SI LA RESPUESTA ES POSITIVA¿LECOLOCARONYESO?.....
¿CUÁNTO TIEMPO?.....¿UTILIZA PRÓTESIS?.....ESPECIFIQUE……..……..

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA URINARIO
INCONTINENCIA URINARIA……CÁLCULOSURINARIOS…….. CIRUGÍASUROLÓGICAS……

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA DIGESTIVO
GASTRITIS……..ÚLCERAS ESTOMACALES……
SÍNDROMEDELCOLONIRRITABLE……...
¿OTRAS?.....

VACUNA ANTITETÁNICA OBLIGATORIA Y COMPLETA……¿CUÁNTASDÓSIS?.....

- VISIÓN: SE REALIZÓ ALGÚN CONTROL……..SE DETECTÓALGÚNPROBLEMA……
- DEBE USAR LENTES……

COLEGIO "MERCEDITAS DE SAN MARTÍN"
DE CE.S.A.P

EDUCACIÓN SECUNDARIA

Entre Ríos 744 Sur Capital San Juan
Teléfono: 0264 - 4214128-4223681

- AUDICIÓN: SE REALIZÓ ALGÚN CONTROL……..SE DETECTÓ ALGÚN
- PROBLEMA……...¿CUÁL?.....

- MEDICACIÓN: TOMA ALGÚN MEDICAMENTO…….. CUÁL?.....PARAQUE?.....

- LENGUAJE: ALGUNA VEZ TUVO PROBLEMAS…….ASISTIÓA UNESPECIALISTA?.....
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 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**

OTRA INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBA CONOCER EL COLEGIO (Derivaciones o Tratamientos psicológicos, fonoaudiológicos, psicopedagógicos). Adjuntar certificados.
.....
.....
.....

CERTIFICO QUE ..... DE……AÑOS DE EDAD, HA SIDO EXAMINADO CLÍNICAMENTE Y SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS.

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. Teniendo en cuenta la importancia de no falsear la información ni adulterar, ni omitir datos relevantes de la situación de salud de su hijo.

Fecha……/……/……

.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

……
FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO
ACLARACION……
D.N.I Nº……..

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE ACCIDENTE

El que suscribe……D.N.I. Nº …… autoriza para que su hijo/a …… D.N.I Nº……reciba,en caso de urgencia,atención médica primaria (suministro de remedios, práctica de suturas, reducción de fracturas y/o traslado a un centro médico.)

Asimismo informa a Uds. El tipo de medicamento que puede suministrársele en caso de urgencia.

Antitérmicos	SI	NO
Analgésicos	SI	NO
Antiespasmódicos	SI	NO
¿Su calendario de vacunas está completo?	SI	NO

AUTORIZACIÓN PARA COMPLETAR CARNET DE VACUNAS

El que suscribe…… D.N.I. Nº …… autoriza para que su hijo/a …… D.N.I Nº……reciba las vacunas faltantes según consta en el calendario de vacunación.

Fecha……/……/……

……
FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO
ACLARACION……..
D.N.I Nº……