



DECLARACIÓN JURADA – FICHA MÉDICA

Apellidos y Nombres:

Edad:.....Obra social:.....

FECHA DE Nacimiento:..... DNI N°:.....

Domicilio:.....

Teléfono:..... Teléfono para EMERGENCIAS:.....

Grupo sanguíneo:..... Factor RH:.....

PRACTICA DEPORTE SI..... NO..... ¿CUAL?.....

Talla: Peso:

¿Alérgico? SI.....NO..... Iodo: Penicilina: Dipirona (Novalgina):

¿Otras?.....

Enfermedades que padece o que ha padecido:

Hepatitis: SI.....NO..... A B C Diabetes: SI..... NO.....TIPO..... Hemofilia: SI.....
NO.....

¿Otras?.....

Enfermedades que afectan al Sistema Nervioso:

Epilepsia: SI..... NO..... Convulsiones: SI..... NO..... Meningitis: SI.....NO..... Poliomieltis: SI..... NO.....

¿Secuelas? SI.....NO..... ¿Cuáles?

Sistema Circulatorio-hematológico:

Arritmia Cardíaca: SI.....NO.....Hipertensión Arterial: SI..... .NO..... Máx/Mín:

Mal de Chagas: SI.....NO.....Anemias: SI.....NO..... Leucemia: SI.....NO.....

¿Otras?.....

Tratamiento médico:.....

Sistema Respiratorio:

Bronquitis Aguda: Crónica:

Tuberculosis: Asma:

¿Es alérgico? (césped, polvo, etc.).....

Especifique:.....

¿Utiliza paf
?.....

¿Toma
corticoides?.....

¿Otros ?.....

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? SI.....NO..... ¿Cuánto tiempo?.....

¿Su hijo utiliza prótesis? SI.....NO..... Especifique:.....

Sistema urinario: Incontinencia urinaria: Cálculos urinarios: Cirugías urológicas: insuficiencia renal.....

¿OTRAS?.....

Sistema Digestivo:

Gastritis: Úlceras estomacales: Síndrome del colon irritable: CELIAQUÍA.....

¿Otras?.....

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?.....

¿CUÁL?.....

ENFERMEDADES DE LA PIEL: SI..... NO..... ¿CUALES?.....

ENFERMEDADES AUDITIVAS: SI.....NO..... ¿CUALES?

ENFERMEDADES VISUALES: SI.....NO.....¿CUALES?.....

¿TUVO COVID? ¿CUANDO? SI..... NO..... ¿CUANDO?...../...../.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PEDIATRA

.....

Se autoriza la práctica de educación física salvo indicación médica, siendo el pediatra o médico especialista el que indique estudios médicos complementarios, liberando expresamente al Colegio de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados. Asimismo, los tutores se comprometen a informar inmediatamente los cambios que surgieran a la presente declaración jurada.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

SAN JUAN.....DE.....202..

OBSERVACIONES U SUGERENCIAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA

.....
.....
.....
.....

FIRMA

ACLARACIÓN

SAN JUAN.....DE.....202...

MINISTERIO DE EDUCACION
SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION DE EDUCACION PRIVADA
COLEGIO MARIA AUXILIADORA
Educación Inicial y Primaria
Brasil 1051-Este - San Juan – CP5400 Tel. 0264-4214448

