



FICHA MÉDICA Y DEPORTIVA INGRESANTES 2024

TODA LA INFORMACION REGISTRADA DEBE SER REAL Y PRECISA, LA CUAL SE TOMARÁ EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA
IMPORTANTE: TODA LA FICHA MÉDICA DEBE SER LLENADA POR EL MÉDICO CON LAPICERA DEL MISMO COLOR

DECLARACIÓN JURADA - FICHA MÉDICA

Apellidos y Nombres:

Curso:

Edad: Fecha de Nacimiento: DNI:

Domicilio: Grupo Sanguíneo: Factor RH:

Teléfono Padre, Madreo Tutor: Teléfono EMERGENCIAS:

Cobertura Médica: N° de Afiliado:

ESCRIBA “SI” – “NO” al lado de las enfermedades que padece o que ha padecido, NO MARQUE CON X:

- ¿Es Alérgico? En caso de responder afirmativamente especifique a qué es alérgico:.....
.....¿Es alérgico a: Penicilina: - Dipirona (Novalgina):..... -Otros:
 - Ha padecido Hepatitis: A..... B.....C..... - COVID 19:- Diabetes:- Hemofilia:
 - Epilepsia: - Convulsiones: - Meningitis: - Poliomielitis: - Mal de chagas:
 - Anemias: - Leucemia: - Otras enfermedades de la sangre- (especifique):
 - Bronquitis: - Aguda.....- Crónica: - Tuberculosis:- Asma:
 - Otras enfermedades respiratorias ¿Cuáles?
 - Enfermedades del sistema nerviosos (especifique)
 - Arritmia Cardíaca: - Presión Arterial Alta:
- Especifique valores regulares de presión arterial Máximas: / Mínima:
- Presenta alteraciones del tono muscular y la función motora: Especifique:
 - Escoliosis: - Traumatismos recientes: - Fracturas: - Esguinces: ¿Utiliza prótesis?.....
Especifique: -Presenta Incontinencia Urinaria: - Cálculos Urinarios:.....
 - Gastritis:..... - Úlceras estomacales:..... - Bulimia: - Anorexia:
 - ¿Se encuentra bajo tratamiento médico?:- ¿Qué medicación usa?:.....
 - ¿Ha experimentado algunos de los siguientes trastornos:
-mareos y/o dolor de pecho: – dificultad para respirar: – frecuentes estados de fatiga:

Realiza algún Tratamiento Psicológico:

Indique otra información que considere relevante:

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz, los datos consignados en esta ficha, liberando expresamente al Colegio de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la omisión o error de los datos aquí consignados.

Así mismo, los padres se comprometen a comunicar con “nueva ficha médica” toda modificación que surja con posterioridad a la firma de la presente.

San Juan,..... de.....de 2024

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

.....

Aclaración

APTO MÉDICO

Certifico que el alumno/a....., DNI..... es apto para realizar educación física en la escuela, habiendo tomado conocimiento de los antecedentes de enfermedad y realizado los estudios que considero pertinentes.

Fecha:/...../.....

.....
Firma y sello del médico