



## Declaración Jurada de Salud

### Datos Personales

Apellido y Nombre	
Año	
Domicilio	
DNI	
Obra Social	
Nº de Socio	
Grupo Sanguíneo	

\*Adjuntar fotocopia del carnet

**Antecedentes Personales** La siguiente información deberá ser corroborada por el profesional que atiende al estudiante. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

Antecedentes del estudiante	SI	NO
Vacunación Completa		
Alimentación Normal		
Alergias*		
Alergia a algún medicamento		
Intervenciones Quirúrgicas*		
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Trastornos de sueño		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
Afecciones auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones de ligamentos		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses		
Falta o no del funcionamiento de algún órgano		
Tos crónica		
Consumición de vitaminas		
Problemas en la piel		
Usa anteojos		
Enfermedad celíaca		
Hernias inguinales, crurales		
Problemas respiratorios		
Epilepsia		

En relación con el deporte	SI	NO
¿Ha sufrido alguna vez de...?		
Desmayo		
Mareos		
Dolores fuertes en el pecho		
Mayor cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		

Antecedentes Familiares	SI	NO
Muerte súbita en familiar menor de 50 años		
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Colesterol elevado		
Tos crónica		

## Examen Físico

Examen Bucodental	SI	NO
Caries		
Ortodoncia fija		
Oclusión dental		

Examen Visual	SI	NO
OD		
OI		
Pupila visión cromática		

Examen Cardiovascular	SI	NO
Inspección		
Auscultación		
FC		
TA		
Pulsos femorales		
Pulsos femorales		

Examen Respiratorio	SI	NO
Inspección		
Auscultación		

Examen Abdominal	SI	NO
Inspección		
Auscultación		

Examen Músculo-esquelético	SI	NO
Actitud		
Postura		
Asimetría		
Movilidad articular		
Cuello		
Tronco		
Apoyo plantar		
Extremidades superiores		
Extremidades inferiores		

Evaluación Madurativa	SI	NO
Estado Tanner		
Menarca		
Ritmo menstrual		

### Anamnesis Personalizada

En relación con el ejercicio (durante o después) ha padecido alguna vez	SI	NO
Desmayo		
Mareos		
Dolores fuertes en el pecho		
Mayor cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de realizar actividad física		
Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes o suplementos		
Consumo de alcohol, cigarrillos u otras sustancias		

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional (con N° de matrícula)

Ante una emergencia se trasladará al estudiante al hospital más cercano: **Luisa C. De Gandulfo**.  
Indique los números de teléfono para poder comunicarnos y a quién corresponden. Los cambios deberán ser informados por las familias.

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono

Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

El/la que suscribe (responsable afin) del/ de la estudiante \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ del Colegio Boston quien cursa en \_\_\_\_° año toma conocimiento y autoriza a que el/la estudiante realice actividad física con esfuerzo cardio-vascular de acuerdo a su edad y sexo conforme con los lineamientos curriculares vigentes.

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Aclaración**

\_\_\_\_\_

**Fecha**