



## Nivel Secundario 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 - Especificar:		
Alergia a algún medicamento - Especificar cuál:		
Intervenciones Quirúrgicas - Especificar cuáles:		
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 - Especificar:		

	SI	NO
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses		
Falta o malfuncionamiento de algún órgano - Especificar: _____		
Tos crónica		
Consumo de vitaminas o minerales		
Problemas en la piel - Especificar: _____		
Uso de anteojos o lentes de contacto		
Celiaquía		
Hernias inguinales o crurales - Especificar: _____		
Problemas respiratorios - Especificar: _____		
Epilepsia		

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

Antecedentes biológicos y/o familiares	SI	NO
Muerte súbita en familiar menor a 50 años		
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Colesterol elevado		
Tos crónica		

#### Examen Físico

Bucodental	Observaciones
Caries	
Ortodoncia fija	
Oclusión dental	

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

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

<b>Visual</b>	Observaciones
OD	
OI	
Pupila visión cromática	
	Lugar y fecha
	Firma y sello del profesional (con número de matrícula)

<b>Cardiovascular</b>	Observaciones
Inspección	
Auscultación	
FC	
TA	
Pulsos femorales	
	Lugar y fecha
	Firma y sello del profesional (con número de matrícula)

<b>Respiratorio</b>	Observaciones
Inspección	
Auscultación	
	Lugar y fecha
	Firma y sello del profesional (con número de matrícula)

<b>Abdominal</b>	Observaciones
Inspección	
Auscultación	
	Lugar y fecha
	Firma y sello del profesional (con número de matrícula)

<b>Músculo-esquelético</b>	Observaciones
Actitud	
Postura	
Asimetría	
Movilidad articular	
Cuello	
Tronco	
Apoyo plantar	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	
Lugar y fecha	
Firma y sello del profesional (con número de matrícula)	

<b>Madurativo</b>	Observaciones
Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	
Lugar y fecha	
Firma y sello del profesional (con número de matrícula)	

<b>Anamnesis Personalizada</b>		SI	NO
En relación con el ejercicio, ¿ha padecido alguna vez de...?			
	Desmayo		
	Mareo		
	Dolor fuerte en el pecho		
	Mayor cansancio que sus compañeros		
	Palpitaciones		
	Dificultad para respirar		
Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes o suplementos			
Consumo de alcohol, cigarrillos u otras sustancias			
Lugar y fecha		Firma y sello del profesional (con número 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 afín) 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