

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
Ciclo Lectivo 202__

Datos Personales

Fecha: __/__/202__

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 alumno. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

	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 caso afirmativo, especificar y enviar certificado médico

En relación con el ejercicio

¿Ha sufrido alguna vez de...?	SI	NO
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 directo 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		

Lugar y fecha

Firma y sello del médico (con N° de matrícula)

Examen Visual

	SI	NO
OD		
OI		
Pupila visión cormática		

Lugar y fecha

Firma y sello del médico (con N° de matrícula)

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, suplementos		
Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias		

Peso: _____ PC () Talla: _____ PC () IMC: _____ PC ()

Lugar y fecha

Firma y sello del médico (con N° de matrícula)

Examen Cardiovascular

Inspección	
Auscultación	
FC	
TA	
Pulsos Humorales	
Pulsos Femorales	

Examen Respiratorio

Inspección	
Auscultación	

Examen Abdominal

Inspección	
Auscultación	

Examen Musculo-Esquelético

Actitud	
Postura	
Asimetría	
Movilidad Articular	
Cuello	
Tronco	
Apoyo Plantar	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	

Evaluación Madurativa

Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	

Lugar y fecha

Firma y sello del médico (con N° de matrícula)

Urgencias Médicas

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 (informar cambios)

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ 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 _____ del Colegio Boston que cursa en _____ 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 del responsable

Aclaración y DNI