

## 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  |    |    |

| <b>En relación con el deporte, ¿ha sufrido alguna vez de...?</b>  | 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 |    |    |

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

### Examen Físico

| <b>Bucodental</b>   | Observaciones |
|---|---------------|
| Caries  |               |
| Ortodoncia fija   |               |
| Oclusión dental   |               |
| <p>Lugar y fecha</p> <p>Firma y sello del profesional<br/>(con número de matrícula)</p> |               |

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

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

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

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

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

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

| <b>Anamnesis Personalizada</b>  |                                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|------------------------------------|-----------|-----------|
| 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                                      |                                    |           |           |
| <p>Lugar y fecha</p> <p>Firma y sello del profesional<br/>(con número de matrícula)</p> |                                    |           |           |

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