

## **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Apellido y nombre/s .....

Tipo y N° de documento.....

Calle.....N°..... Barrio.....

Localidad..... Provincia.....

N.º de el./Celular.....

Lugar de Nacimiento (Localidad y Pcia)..... Fecha de Nac. ....

Carrera.....Curso/División/Turno.....

Obra Social..... N° de Afiliado.....

**-ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIA REMITIRSE/ COMUNICARSE CON:**

Apellido y nombre/s.....Parentesco .....

Calle.....N°.....Barrio.....

...Localidad..... Provincia.....

N.º de Tel./Celular.....

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES:**

	SI	NO	IGNORA
-B.C.G			
-DOBLE			
-SABIN			
-Ref. Antitetánica (consignar fecha)			
.COVID			

**2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

	TUVO	TIENE	FECHA APROX.
-ASMA			
-DESMAYO			
-CONVULSIONES			
-EPILEPSIA			
-SINUSITIS			
-HEPATITIS			
-BRONQUITIS			
-LARINGITIS			
-AFECCIONES CARDIACAS			
-AFECCIONES AUDITIVAS			
-AFECCIONES ÓSEAS			
-AFECCIONES ARTICULARES			
-HEMORRAGIAS			
-CEFALEAS (DOLORES DE CABEZA)			

**3. ALERGIAS**

	TIPO O GRADO
-COMIDAS	
-MEDICAMENTO	
-ANTIBIÓTICOS	
-INSECTOS	
-OTROS:	

**4. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

NOMBRE	FECHA	OBS.

**5. SINTOMAS EXPERIMENTADOS CUANDO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA:**

	SI	NO
-CANSANCIO EXTREMO		
-FALTA DE AIRE		
-PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO		
-PALPITACIONES		
-PRECOLDALGIAS		
-CEFALEAS		
-VOMITOS		

**6. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:**

NOMBRE	OBSERV.

**7.**

GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR RH

**8. OTRAS ENFERMEDADES/PATOLOGÍAS:**

NOMBRE	TUVO	TIENE	FECHA APROX.

**9. ACOMPAÑAMIENTOS A LAS TRAYECTORIAS EDUCATIVAS**

¿Recibió algún tipo de acompañamiento a las trayectorias educativas? (MAI, acompañante terapéutico, etc)

SI - NO -

¿Cuál? \_\_\_\_\_

En caso de haber recibido algún tipo de acompañamiento consignar en qué nivel educativo aconteció. (Nivel Primario, Nivel Secundario)

Otra información que crea necesario mencionar:

**10. ESTUDIOS A COMPLETAR:**

**EXAMEN FÍSICO**

Peso: ..... Talla: .....

**OFTALMOLÓGICO**

	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<b>USA ANTEOJOS</b>		
<b>OTROS:</b>		

**Laboratorios**

**Examen Psicológico**

*FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA*

**Examen Cardiológico**

*FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA*

COLUMNA VERTEBRAL	<i>Normal</i>	<i>Cif.</i>	<i>Lord.</i>	<i>Esc.</i>
-Miembros Superiores				
-Miembros Inferiores				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA CLÍNICA		
Normal:	Derivado a:	Debe volver:
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

En base a los estudios, análisis clínicos, cardiológicos y placas el médico clínico deberá firmar y sellar el apto físico.

CONSTE que atendí a ..... DNI:  
..... de..... años de edad y que se encuentra clínicamente en estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la institución.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

#### NOTIFICADO

Firma:<sup>2</sup>.....

Firma: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I: .....

D.N.I:.....

Lugar y fecha.....

2 En caso de que el titular sea menor de 18 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

#### A. Informe de Laboratorio de análisis clínicos:

Análisis de sangre y orina (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia). Dicho laboratorio debe estar completo y NO PUEDE PRESENTAR MÁS DE 60 DIAS de realizado al momento de la revisión médica.

#### B. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Torax) Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).

#### C. Informe Oftalmológico e informe de fonoaudiológica: Audiometrías y estudios de ojos.

#### D. Informe Psicológico.

#### E. Electrocardiograma y Ergometría.

#### F. Firmar y entregar esta hoja junto a la ficha médica.

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

**ME COMPROMETO** además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata.

Firma<sup>1</sup>:.....

Firma: .....

Aclaración:.....

Aclaración: .....

D.N.I.:.....

D.N.I.: .....

Lugar y fecha.....

---

1 En caso de que el titular sea menor de 18 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tuto