

INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



3 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (para ser completada por los tutores - hoja 1)

Apellido y nombre del alumno:

DNI: Fecha de nacimiento:...../...../.....

Domicilio:

Nombre del tutor:

Teléfono de la casa: Teléfono celular:

Teléfono en caso de emergencia: Obra social / Prepaga:

Grupo sanguíneo:

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A A COMPLETAR POR EL TUTOR:

- ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participará o limitará su participación en actividades deportivas? NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún suplemento, vitaminas, minerales y otras sustancias?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo alguna vez pérdida de conocimiento durante o poco después (menos de 1 hora) del ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo alguna vez una molestia, dolor y opresión en el pecho durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, hermanos) con una enfermedad cardíaca?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, madre) que falleciera súbitamente por problemas cardíacos antes de los 50 años? NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez su médico le dijo que tuvo alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una X)
Enfermedad de Marfán Enfermedad de la válvula cardíaca
Prolapso mitral Ninguna
- ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas? (Marque con una X)
Hipertensión arterial Fumador Artritis
Colesterol alto Soplo cardíaco Anemia
Diabetes Epilepsia Chagas
- ¿Tuvo alguna vez palpitaciones durante un ejercicio o actividad física?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez sintió golpes o latidos fuertes aislados en el corazón durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Fue sometido a una operación?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo dificultad para respirar durante o posterior a un ejercicio ?
NO SI ESPECIFIQUE:.....

INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



3 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (hoja 2)

- ¿Tuvo o tiene asma bronquial?
NO SI ESPECIFIQUE SI UTILIZA ALGÚN MEDICAMENTO:
- ¿Tiene silbidos, se le cierra el pecho o tose frecuentemente durante o después del ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:
- ¿Tubo algún traumatismo de cráneo?
NO SI ESPECIFIQUE:
- ¿Tuvo algún golpe en la cabeza en el cual tuvo confusión o no recuerda qué pasó?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo convulsiones?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tiene dolor de cabeza durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez tuvo hormigueos, adormecimiento o debilidad en los brazos y piernas después de una caída o ser golpeado?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo desgarros, tendinitis, luxaciones, esguinces o fracturas? (ESPECIFIQUE lesión, miembro y fecha)
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Utiliza algún soporte externo para una lesión o protector? (plantillas, ortesis, tobilleras, vendajes, casco, protector bucal)
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa lentes de contacto o anteojos cuando juega?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa prótesis?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa silla de ruedas?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tiene algún tipo de alergias? (marque con una X)
Medicamentos Alimentos Insectos Ninguna
- ¿Tiene un solo órgano de los siguientes? (marque con una X)
Ojo Riñón Testículo Ninguno
- ¿Posee alguna discapacidad física?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Posee alguna discapacidad psíquica?
NO SI ESPECIFIQUE:.....

Declaro que los datos dados en la presente ficha médica tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del tutor: Aclaración: Fecha:...../...../.....

INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



3 - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (hoja 3)

Los datos de esta sección deben ser completados y firmados por el tutor y el/la alumno/a

- ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? NO Hipoacusia Dislexia Síndrome atencional
Otro (explique):
- ¿Está recibiendo o recibió apoyo psicopedagógico?
Regularmente Hace 1 mes Hace 6 meses Hace 12 meses No
- ¿Está recibiendo o recibió tratamiento psicológico?
Regularmente Hace 1 mes Hace 6 meses Hace 12 meses No
- ¿Ha fumado en los últimos 3 meses? Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 3 meses? Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Ha usado drogas como marihuana, cocaína o pasta base u otras en los últimos 3 meses?
Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Usa remedios recetados o los que puede comprar sin receta? Sí regularmente Sí ocasionalmente Nunca
- ¿Está recibiendo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias adictivas?
No Hace 12 meses Hace 6 meses Hace 1 mes Regularmente

Firma del alumno solicitante

Firma del padre, madre o tutor

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y apellido: Relación de parentesco:

Teléfono de la casa: Teléfono del trabajo:

Celular: E-Mail:

Dirección: Ciudad: Provincia:

OPCIONAL

Nombre y apellido: Relación de parentesco:

Teléfono de la casa: Teléfono del trabajo:

Celular: E-Mail:

Dirección: Ciudad: Provincia: