

DECLARACIÓN JURADA

(Deberá ser completado por el padre, la madre o responsable legal)

APELLIDO Y NOMBRE:
 DNI:..... AÑO DEL CADETE
 FECHA DE NACIMIENTO:.....
 EDAD:..... SEXO:.....
 DOMICILIO:.....
 LOCALIDAD:..... PROVINCIA:.....
 TELEFONO FIJO..... CELULAR:.....
 COBERTURA MEDICA..... Nro AFILIADO.....

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende.

ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque con X)

	SI	NO		SI	NO
PROBLEMAS CARDIACOS			AFECCIONES AUDITIVAS		
PRESION ARTERIAL ELEVADA			FRACTURAS, LUXACIONES		
OBESIDAD			CIRUGIAS		
ASMA			INTERNACIONES		
PERDIDA DE CONCIENCIA			ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS ULTIMOS 2 MESES		
CONVULSIONES			ALERGIAS		
TRAUMATISMO DE CRANEEO			ALERGIA MEDICAMENTOSA		
DIABETES			MEDICACION HABITUAL		
ALTERACIONES SANGUINEAS			CONSUME VITAMINAS		
TOS CRONICA			USA ANTEOJOS		
EN RELACION AL EJERCICIO (DURANTE O DESPUES) TUVO ALGUNA VEZ?DESMAYOS, MAREOS, DOLOR FUERTE EN PECHO PALPITACIONES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI/NO					

OBSERVACIONES: (Detalle de respuestas afirmativas)

.....

ANTECEDENTES FAMILIARES: : (Marque con X)

	SI	NO		SI	NO
MUERTE SUBITA EN FAMILIAR DIRECTO MENOR DE 50 AÑOS			OBESIDAD		
			ASMA		
PROBLEMAS CARDIACOS			DIABETES		
PRESION ARTERIAL ELEVADA			ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS		

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

SAN MARTIN,.....DE.....DE 201...

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL PADRE/MADRE

FICHA MÉDICA
(Para ser completada por el médico)

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI:..... AÑO DEL CADETE.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:..... SEXO:.....

EVALUACION CLINICA:

PESO.....(PC.....) TALLA.....(PC.....) IMC..... TA.....
VACUNAS: COMPLETAS (SI/NO).....

EXAMEN CARDIOVASCULAR	..AUSCULTACION..... FC.....TA.....PULSOS..... ELECTROCARDIOGRAMA ERGOMETRIA Firma y sello del Médico Cardiólogo
EXAMEN RESPIRATORIO	AUSCULTACION..... RX TORAX ESPIROMETRIA:(Sólo ingreso)
EXAMEN ABDOMINO-GENITAL
EXAMEN MUSCULO-ESQUELETICO	Actitud..... Postura.....Asimetría..... RX CLS:(Sólo ingreso)
EVALUACION MADURATIVA	Estadio Tanner..... Menarca.....Ritmo Menstrual.....
EVALUACION NEUROLOGICA	Glasgow..... Reflejos..... EEG (sólo ingreso)
EXAMEN ORL	AUDIOMETRÍA (solo ingreso) Firma y sello del Médico Otorrinolaringólogo
EXAMEN VISUAL	Agudeza Visual..... Firma y sello del Médico Oftalmólogo
EXAMEN ODONTOLOGICO	Caries.....Ortodoncia..... Firma y sello del Odontólogo

Traer original y fotocopia de los exámenes médicos

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemograma.....
.....
Glucemia..... Grupo y Factor..... Uremia..... Hepatograma.....
.....
Otros (a criterio del médico de cabecera)

A COMPLETAR POR MEDICO DE CABECERA:

Se encuentra APTO/NO APTO para realizar las actividades físicas particulares del Instituto.

SAN MARTIN,.....DE.....DE 201...

.....
Firma y sello del Médico de Cabecera