



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

(Ficha médica válida hasta 1° de julio del año siguiente a la inscripción)

_____, ____ de _____ de 202__

Por medio de la presente dejo constancia que el joven _____
de C.I. N° _____ no ha padecido ni padece alguna de las siguientes afecciones:

Escriba "SI" o "NO" en todas las líneas a la izquierda de cada opción, **no deje ninguna en blanco.**

- | | |
|---|---|
| ____ Epilepsia (convulsiones). | ____ Adicciones (alcohol o drogas.) |
| ____ Asma bronquial. | ____ Bulimia o anorexia. |
| ____ Tuberculosis. | ____ Enfermedades psiquiátricas. |
| ____ Otras Enf. respiratorias crónicas. | ____ Depresión. |
| ____ Enfermedades cardíacas. | ____ Toma alguna medicación permanente: |
| ____ Enfermedades venéreas. | En caso de ser afirmativa, especifique: |
| ____ Enfermedades alérgicas. | _____ |
| ____ Enfermedades renales crónicas. | _____ |
| ____ Diabetes. | _____ |

Otras enfermedades o afecciones crónicas (manifestarlas):

Firma del padre o madre: _____ Aclaración: _____

Firma del médico: _____ Aclaración: _____

C.I.: _____ N° Registro: _____