



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS
(Formulario N° 3)

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

_____ de _____ de 202_____.

Por medio de la presente deixo constancia que el joven _____ de

A.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.: _____ No. Registro: _____