



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 dejo constancia que el joven _____

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).*

_____ *Asma bronquial.*

_____ *Tuberculosis.*

_____ *Otras Enfermedades respiratorias crónicas.*

_____ *Enfermedades cardíacas.*

_____ *Enfermedades venéreas.*

_____ *Enfermedades alérgicas.*

_____ *Enfermedades renales crónicas.*

_____ *Diabetes.*

_____ *Adicciones (alcohol o drogas).*

_____ *Bulimia o anorexia.*

_____ *Enfermedades psiquiátricas.*

_____ *Depresión.*

_____ *Toma alguna medicación permanente:*

En caso de ser afirmativa, especifique:

Otras enfermedades o afecciones crónicas (manifestarlas):

Firma del padre o madre: _____ *Aclaración:* _____

Firma del médico: _____ *Aclaración:* _____

C.I. del médico: _____ *No. Registro:* _____