

Datos Personales			N.º
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:	
F. de Nacimiento: /...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:	
Domicilio:	Tel. Particular:		
Correo Electrónico	Tel. Celular:		
Obra Social:	Nº Afiliado:		
Nombre Padre/Tutor (si es menor):	D.N.I.:		
Domicilio:	Tel. de Contacto:		
Declaración Jurada de Antecedentes Médicos			
Marcar con X aquellas enfermedades o situaciones que se hayan padecido			
1	<input type="checkbox"/> Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/> Paperas
2	<input type="checkbox"/> Traumatismos	19	<input type="checkbox"/> Sarampión
3	<input type="checkbox"/> Operaciones	20	<input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas
4	<input type="checkbox"/> Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf. del Hígado
5	<input type="checkbox"/> Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/> Enfermedades Renales
6	<input type="checkbox"/> Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias
7	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Genitales
8	<input type="checkbox"/> Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas
9	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza - Mareos
10	<input type="checkbox"/> Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia
11	<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/> Pérdida de Conocimiento
12	<input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/> Deshidratación
13	<input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas
14	<input type="checkbox"/> Asma	31	<input type="checkbox"/> Diabetes
15	<input type="checkbox"/> Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/> Chagas
16	<input type="checkbox"/> Varicela	33	<input type="checkbox"/> Soplos del Corazón
17	<input type="checkbox"/> Rubeola	34	<input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas
		35	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre
		36	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios
		37	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vista
		38	<input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares
		39	<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas
		40	<input type="checkbox"/> Heridas
		41	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel
		42	<input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas
		43	<input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas
		44	<input type="checkbox"/> Psoriasis
		45	<input type="checkbox"/> Consume Alcohol
		46	<input type="checkbox"/> Consume Tabaco
		47	<input type="checkbox"/> Enf. de Transmisión Sexual
		48	<input type="checkbox"/> Recibió Transfusiones
		49	<input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis
		50	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
		51	<input type="checkbox"/> Toma Medicación
Es Alérgico a:		Calendario de Vacunación Completo	
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos	52	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos	Completar al dorso dosis faltantes	
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)		
<input type="checkbox"/> Comidas			
.....			
¿Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cual? _____	
¿Con que frecuencia?	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	
¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	ECG <input type="checkbox"/>	Ergometria <input type="checkbox"/>	TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio <input type="checkbox"/>
En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.			
Observaciones:			
_____		_____	
Firma y Aclaración		Localidad, Fecha y Hora	
Desde aquí, sólo para completar en caso de participantes menores de edad: En caso de urgencia será derivado al hospital público salvo aclaración en contrario.			
Según mi leal consentimiento autorizo a _____, D.N.I.: _____ a participar de las activ. culturales municipales 2024 y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando a la Dirección de Cultura en la persona designada a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia.			
_____		_____	
Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado		Aclaración y D.N.I.	