

Datos Personales del Deportista			N.º
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:	
F. de Nacimiento: ..../..../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:	
Domicilio:	Tel. Particular:		
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:	
Obra Social:	Nº Afiliado:		
Nombre Padre/Tutor (si es menor):	D.N.I.:		
Domicilio:	Tel. de Contacto:		
Actividad elegida:	Valor Mensual Seguro AP \$2.000,00		

### Declaración Jurada de Antecedentes Médicos

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	45	<input type="checkbox"/>	Consume Alcohol
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	46	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubeola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación

### Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/> Comidas	.....

### Calendario de Vacunación Completo

52  SI  NO  
Completar al dorso dosis faltantes

¿Realiza Actividad Física? SI  No  ¿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  No

¿Cuál? ECG  Ergometria  TAC  RMN  Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración Deportista

\_\_\_\_\_  
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. deportivas municipales y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando a la Dirección de Deportes 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.