N°\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PARTICIPANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDO** |  | | | | | | | | | **NOMBRE** | |  | | | | | |
| **Nº DNI** |  | | | | | | | | | **NACIONALIDAD** | | | |  | | | |
| **TEL. FIJO** |  | | | | | | | | | **CELULAR** | | | |  | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | | |  |  | |  | **EDAD** | |  | | | | | | | | |
| **DOMICILIO ACTUAL** | | **CALLE** | |  | | | | | | | | | **Nº** | | | | |
| **BARRIO** |  | | | | | | **LOCALIDAD** | | |  | | | | | | **CP** |  |
| **¿TIENE OBRA SOCIAL?** | | **SI** | **NO** | | **¿CUÁL?** | | |  | | | **Nº SOCIO** | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION** |

1. **¿Tiene alguna enfermedad? Si – NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Toma alguna medicación por estar enfermo? Si – NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **¿Es Alérgico? SI – NO. ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI - NO**

**¿A cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿Ha sufrido en los últimos 30 días? (Marcar con una cruz):**

**5-a- Desmayos o pérdida de conocimiento – ataque de Pánico: SI - NO**

**Tratamiento y evolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5-b- Fractura o esguinces: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5-c- Enfermedades infecto – contagiosas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Padece de alguna de estas enfermedades?: Soplos cardiaco – Hipertensión – Diabetes – Asma – Epilepsia –**

**Oncológica – Psiquiátrica – Otros. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas?**

**SI – NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO ¿Cuál? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia – Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Considera proporcionar alguna información que no esté representada en los ítems anteriores: SI – NO**

**¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grupo y Factor Sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **AUTORIZACION** |

**Yo …………………………………………………………, de DNI ………………………, declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente Declaración Jurada manifiesto mi buen estado de salud.**

**Manifiesto estar satisfecho/a con toda la información recibida y haber sido veraz en la que manifiesto.**

**Así mismo presto mi consentimiento de participar activamente de las ESCUELAS DEPORTIVAS 2025**

**de la Municipalidad de San Miguel; desligando a la misma, como así también a la Subsecretaría de Deportes y a los profesionales que en ella se desempeñen, de cualquier problema de salud declarado o no en este documento, que surgiera de su participación en la mencionada actividad.**

**La información que antecede será tomada en virtud de declaración jurada.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | |  | | |
| **D.N.I.** |  | | **TELÉFONO** |  |
| **LUGAR Y FECHA:**  **FIRMA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |

|  |
| --- |
| **EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARENTESCO** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **TEL CELULAR** | **TEL. FIJO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |