|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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** | | | | |  | | | | |
| **(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EDUCACIÓN** | **INICIAL** | | | **EN CURSO** | | | | |  | **COMPLETO** | | |  | | **INCOMPLETO** | | | | |  | **AÑO** | |  |
|  | **PRIMARIO** | | | **EN CURSO** | | | | |  | **COMPLETO** | | |  | | **INCOMPLETO** | | | | |  | **AÑO** | |  |
|  | **SECUNDARIO** | | | **EN CURSO** | | | | |  | **COMPLETO** | | |  | | **INCOMPLETO** | | | | |  | **AÑO** | |  |
|  | **TERCIARIO** | | | **EN CURSO** | | | | |  | **COMPLETO** | | |  | | **INCOMPLETO** | | | | |  | **AÑO** | |  |
|  | **UNIVERSITARIO** | | | **EN CURSO** | | | | |  | **COMPLETO** | | |  | | **INCOMPLETO** | | | | |  | **AÑO** | |  |
| **INSTITUCIÓN DONDE SE CURSO** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)** |

**¿Tiene alguna enfermedad crónica? Si – NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Es Alérgico? SI – NO. ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está tomando alguna medicación? Si – NO. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Tratamiento y evolución.**

**Procesos inflamatorios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fractura o esguinces: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enfermedades infecto – contagioso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿**Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades presenta? Soplos cardiaco – Hipertensión – Diabetes – Asma – Epilepsia – Oncológica – Psiquiátrica – Otros. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO ¿Cuál? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia –**

**Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamente? SI – NO ¿A cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas? SI – NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**Grupo Sanguineo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **COMPOSICIÓN FAMILIAR** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PARENTESCO** | **APELLIDO Y NOMBRE** | **D.N.I** | **F. NAC.** | **ESTUDIOS\*** | **TRABAJA** |
| **1** |  |  |  |  |  | **SI - NO** |
| **2** |  |  |  |  |  | **SI - NO** |
| **3** |  |  |  |  |  | **SI - NO** |
| **4** |  |  |  |  |  | **SI - NO** |
| **5** |  |  |  |  |  | **SI - NO** |

**\*Referencia Estudios: 1- Inicial. 2- Primaria. 3- Secundaria. 4- Terciario. 5- Universidad.   
A COMPLETO – B INCOMPLETO – EJ: 2A (Primaria completo).**

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

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

**Así mismo presto mi consentimiento de que mi hijo/a………..…………………….……………………………………….…………………**

**dni………………...… participe activamente de la ESCUELAS DEPORTIVAS MUNICIPALES 2024;**

**deslindando a la misma, como así también a la subsecretaria 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. En caso de presentar síntomas o ser contacto estrecho**

**de un caso sospechoso o positivo de covid-19 no concurrire al establecimiento e informare**

**de esta circunstancia en forma inmediata al responsable del mismo.**

**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:** |

**NOTA: ES OBLIGATORIO ADJUNTAR FOT. DEL DNI. Y CARNET DE VACUNACION**

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