

Datos Personales del Deportista		
Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Telef. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Telef.Celular:
Obra Social:	N° Afiliado:	
Domicilio:	Telefono:	
Mail:	Nacionalidad:	
Datos Deportivos		
Deporte/s que practica:	Institución:	
Actividad Física y Función		

Para ser llenado por el Médico		
HISTORIA CLINICA		
marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas		
si	no	detalle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirujías recientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de desmayo o síncope
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:
EVALUACION CLINICA		
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado
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
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?	<input type="checkbox"/>	si no <input type="checkbox"/>
Cual?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio <input type="checkbox"/>	
Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas		
Firma y Sellos del Médico		Lugar, fecha y hora

Declaro verídicos los datos proporcionados en el presente cuestionario.

Autorizo la cesión de mi imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración y DNI \_\_\_\_\_