

Datos Personales del Deportista									
Apellido:			Nombre:				DNI:		
Fecha Nacimiento: / /			Grupo Sanguíneo:				Factor:		
Domicilio:					Telef. Particular:				
Localidad:					Provincia:			Telef. Celular:	
Obra Social:					N° Afiliado:				
Nombre Padre-Madre-Tutor:						DNI:			
Domicilio:					Telefono:				
Mail:					Nacionalidad:				
Vacuna contra COVID		SI	dosis		1	2	3	4	NO
Datos Deportivos									
Deporte/s que practica:							Institución:		

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					Peso						
Frecuencia Respiratoria Basal					Altura						
Tensión Arterial Basal					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			si	no		
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?									<input type="checkbox"/>	<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					

Según mi leal consentimiento, autorizo a _____ DNI _____ a viajar y participar de los JUEGOS BONAERENSES y/o COPA BUENOS AIRES 2022. Declaro verídicos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El anteriormente nombrado viaja con DNI o Pasaporte ORIGINAL, Autorizo la cesión de su imagen al 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 Padre-Madre o Tutor

_____ Aclaración y DNI