

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:				
Vacuna contra COVID	<input type="checkbox"/> SI	dosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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
		Familiares con muerte súbita	
		Enfermedades respiratorias	
		Enfermedades metabólicas	
		Enfermedades cardiovasculares	
		Enfermedades articulares	
		Enfermedades neurológicas	
		Enfermedades actuales	
		Cirujías recientes	
		Toma medicación	
		Tuvo episodio de desmayo o síncope	
		Dolor en el pecho	
		Es alérgico a:	

EVALUACION CLINICA

Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>
Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual:	<input type="text"/>
Con que frecuencia:	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	<input type="checkbox"/>
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?			si <input type="checkbox"/> 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 Participante

Aclaración y DNI