

Datos Personales del Participante									
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		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							
		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						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				

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
-----------------------------	---------------------------