JUEGOS 2025 BONAERENSES
LA PASIÓN DE UNA PROVINCIA

PLANILLA DE AUTORIZACION y SALUD

PARTICIPANTE

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Telef. Particular:
Localidad:	Provincia:	Telef.Celular:
Obra Social:		N° Afiliado:

AUTORIZACION PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS o MAYORES BAJO TUTELA

Nombre Padre-Madre-Tutor:	DNI:
Domicilio:	Telefono:
Mail:	Nacionalidad:

* Autorizo a _____ DNI _____
a viajar y participar en los JUEGOS BONAERENSES. Declaro verídicos los datos que proporciono en la presente autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El participante mencionado viaja con DNI, cédula del Mercosur o Pasaporte ORIGINAL,
* Autorizo la cesión de su 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 Padre-Madre o Tutor

_____ Aclaración y DNI

DECLARACION DE PARTICIPANTES MAYORES A 18 AÑOS

Declaro verídicos los datos proporcionados en la presente.
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

MEDICO

PARA COMPLETAR POR EL MEDICO

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:	
		Es trasplantado de:	Fecha del trasplante:

EVALUACION CLINICA

Frecuencia Cardíaca Basal		Peso	
Frecuencia Respiratoria Basal		Altura	
Tensión Arterial Basal		Talla sentado	

Realiza Actividad Física? SI [ ] NO [ ] Cual: _____
Con que frecuencia: 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días **si** **no**

Si considera necesario realizar algún estudio complementario, debe ser realizado previo a la firma de esta planilla
Cual? ECG [ ] Ergometría [ ] TAC [ ] RMN [ ] Estudios de Laboratorio [ ]

Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades competitivas.

_____ Firma y Sello del Médico

_____ Lugar y fecha