



Actividad.....

DEPARTAMENTO DE DEPORTES

DECLARACION JURADA DEL ESTADO DE SALUD

Apellido y Nombre.....

DNI.....Domicilio.....

Sexo: F – M Fecha de nacimiento.....Edad.....

Grupo Sanguineo:.....Tel:.....Email:.....

Alumno de la Universidad: SI NO

Carrera:.....Facultad.....

Personal de la Universidad: Docente No docente

En caso de poseer obra social o medicina prepaga indicar cual:.....

Nº de socio de la Obra Social.....

Institución a la que asistir en caso de urgencia:.....

Teléfono de contacto en caso de requerir servicio de ambulancia.....

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL Y CUALQUIER OTRO DATO NECESARIO PARA LA PRONTA GENTIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Antecedentes personales:

¿Tiene algún inconveniente visual o auditivo?.....

¿Toma algún medicamento?..... ¿Cuál?.....

¿Hay algún medicamento que no pueda recibir? ¿Cuál?.....

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes afecciones?

Enfermedades del sistema nervioso (mareos, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, otra).....

Enfermedades del sistema respiratorio (asma, EPOC, insuficiencias respiratorias, otra).....

¿Fuma? SI NO En caso que si ¿Desde hace cuánto tiempo?.....

¿Cuántos cigarrillos diarios fuma actualmente?.....

¿Padece afección cardíaca, arritmia, soplos, hiper o hipotensión arterial, colesterol, anemia, otra?.....

¿Padeció A.C.V.?.....¿Cuándo?.....

¿Sufrió alguna vez un pre infarto o infarto?..... ¿Cuándo?.....

Enfermedades del sistema digestivo (gastritis, úlceras, enfermedades del intestino, del hígado, otra).....

¿Posee afecciones óseas o musculares? (problemas de columna, articulaciones, músculos, huesos, tendones).....
¿Padece diabetes tipo 1 o 2?.....
¿Padece alergia a alguna sustancia, medicamento, picadura de insectos, otra?.....
¿Esta Ud. actualmente bajo observación o tratamiento médico? ¿Cuál?.....
¿Fue intervenido quirúrgicamente? (Causa y fecha).....
¿Padece alguna otra enfermedad no especificada anteriormente que considere conveniente informar?.....

EN CASO DE URGENCIA CONTACTAR A:

1. Nombre y Apellido..... Parentesco.....
Teléfono:.....
2. Nombre y Apellido..... Parentesco.....
Teléfono:.....

EN CASO DE SUFRIR UN ACCIDENTE AUTORIZO AL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD A REALIZAR LOS PRIMEROS AUXILIOS

EN CASO DE QUE SUFRA UN ACCIDENTE SE AUTORIZA A QUE SEA TRASLADADO/A:

(Indicar con una X la opción correcta)

HOSPITAL MAS CERCANO

OTRO LUGAR

En este caso indicar nombre de la institución, dirección exacta y teléfono)

.....
SE RECOMIENDA Y QUEDA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE (SI ES MAYOR DE 21 AÑOS; Y DE SUS PADRES SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD) LA CONSULTA MEDICA PREVIA A LA INICIACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTIVA, Y LA REALIZACIÓN DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS QUE EL PROFESIONAL INDIQUE.

EN TODOS LOS CASOS EN EL QUE EL PACIENTE POSEA O CONTRAIGA UNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN, LESIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO, DEBERÁ ENTREGAR EL CORRESPONDIENTE APTO MÉDICO PARA PODER REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON FEHACIENTES, CONFORME A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ASIMISMO, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LOS RIEGOS QUE IMPLICA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS RECREATIVAS Y DE COMPETICIÓN.

Lugar y fecha.....

Firma.....Aclaración.....DNI.....

Padre-Madre-Tutor o encargado del participante en caso de ser menor de 21 años:

Lugar y fecha.....

Firma.....Aclaración.....DNI.....

ADJUNTAR APTO FÍSICO FIRMADO POR EL MÉDICO DE CABECERA.