



DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES MEDICOS

DATOS

APELLIDOS		NOMBRES	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DNI Nº	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ARGENTINA	
CLUB DE PERTENENCIA		FEDERACIÓN DE PERTENENCIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES O UNA PERSONA MAYOR RESPONSABLE Y AVALADA CON SU FIRMA

ANTECEDENTES PERSONALES

LOS MARCADOS CON "SI", EXPLÍQUELOS AL FINALIZAR

	SI	NO
1 ¿Ha tenido COVID-19? Periodo del: _____ al _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Alguna vez, algún médico le prohibió la práctica de deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿En la actualidad, se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Padece de Asma, Diabetes, Hipertención Arterial u otra enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Alguna vez estuvo internado por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿Alguna vez se sometió a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Tiene alergias a medicamentos, clima, insectos, polen, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ¿Alguna vez se desmayó durante o después de una actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Alguna vez sintió, dolor o presión en el pecho durante la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene Presión Arterial Alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ¿Alguna vez el médico le dijo que tiene un Soplo Cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ¿Alguna vez el médico le indicó alguna prueba cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ¿Algún familiar padece enfermedades crónicas o cardíacas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ¿Nació sin o le falta un Riñón, Testículo, o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ¿Alguien le recomendó cambiar su peso o hábitos alimentarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ¿Existe alguna razón por la cual usted no debería realizar deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ¿Alguna vez se quebró o tuvo alguna lesión articular? En que lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CABEZA	CUELLO	HOMBROS	BRAZOS	CODOS	ANTEBRAZOS	MANOS	TORAX
ESPALDA	CINTURA	CADERA	MUSLO	RODILLA	PIERNA	TOBILLO	PIES

Explique las respuestas positivas (SI) colocando el número de pregunta:

Observaciones

Por el presente declaro a mi leal saber y entender, que las respuestas dadas a las preguntas anteriores son

FECHA DE EMISIÓN

FIRMA DEL DEPORTISTA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR