

ANEXO 1 FICHA UNICA DE SALUD DECLARACION JURADA

<u>DATOS PERSONALES</u>	
APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	FECHA DE NACIOMIENTO:...../...../.....
DIRECCION:	
CELULAR PERSONAL:	CELULAR DE CONTACTO:
COBERTURA MEDICA:	

ANTECEDENTES PERSONALES

En menores de 18 años deberá ser completada obligatoriamente por el padre, madre o responsable legal

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad					
Asma bronquial			Otro problema en huesos o articulaciones		
Pérdida de conciencia			Cirugías		
Convulsiones			Internaciones		
Traumatismo de cráneo			Enfermedades infecciosas en los últimos meses		
Diabetes					
Alteraciones sanguíneas			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: ojos, riñón, testículo		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			Alergias		
Desmayos			Tos crónica		
Mareos			Medicación habitual		
Dolor fuerte en el pecho			Alergia a algún medicamento		
Mayor cansancio que sus compañeros			Consume vitaminas		
Palpitaciones			Problemas de piel		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física			Usa anteojos		
Vacunación completa			TDHA/TGD		
			Otros		
ANTECEDENTES FAMILIARES					
	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
Problemas cardíacos			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol		
			Tos crónica		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas)

Por la presente afirmo que dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Autorizo al ENTE MUNICIPAL DE DEPORTES Y RECREACIÓN DEL PARTIDO DE GRAL.PUEYRRREDON a difundir y exhibir las imágenes y/o entrevistas grabadas en las que pueda aparecer mi hijo/a dentro del material obtenido por el organismo, durante las clases o eventos que se realicen en el organismo durante las clases o eventos que se realicen.

Declaro conocer y saber, que dentro del plazo improrrogable de tres (3) meses de firmada la presente deberé hacer entrega

del respectivo CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA a los fines de continuar la actividad.

Declaro conocer y saber que el EMDER POSEE Seguro De Responsabilidad Civil Comprensiva, cuya cobertura no ampara la práctica deportiva en sí misma.

POR LA PRESENTE.....DNI.....DECLARO QUE
VOLUNTARIA Y LIBREMENTE HE DECIDIDO PARTICIPAR
EN.....

Así mismo manifiesto que he sido informada de los riesgos que implica la actividad en si misma a realizar, los cuales acepto en plena conformidad y que he sido informado respecto a los alcances de la cobertura de seguro contratada por Emder

Firma y aclaración del adulto, padre, madre o responsable legal