



DECLARACION JURADA DE SALUD – Ficha Médica Temporada 2019-2020

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Obra Social: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Requerimientos de accesibilidad: _____
(se evaluarán con el área de inclusión y calidad de vida de la UNL)

Por favor, marque lo que corresponda:

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
Enfermedades cardiovasculares			
01	- Cardiopatías congénitas		
	- Arritmias		
	- Hipertensión arterial		
Enfermedades endocrino-metabólicas			
02	- Obesidad		
	- Diabetes		
Problemas respiratorios			
03	- Asma		
	- Broncoespasmos		
	- Laringitis recurrente		
Problemas neurológicos			
04	- Convulsiones o epilepsia		
	- Trastorno del espectro autista		
	- Trastorno de la conducta		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
Alergias			
05	- Medicamentos		
	- Insectos		
Enfermedades gastrointestinales			
06	- Celiacía		
	- Alergias o intolerancia a alimentos		
Antecedentes			
07	- Fractura o luxación		
	- Lesión ligamentosa		
08	Otras enfermedades crónicas o de base		
09	Medicación de uso habitual		
10	Vacunación completa		

SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS

Tipo de afección _____

Medicamentos _____

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que _____, DNI Nº _____

de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las _____ hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones: _____

Firma del padre/madre o responsable
DNI Nº. _____

Firma y sello del médico
Fecha:/...../.....