

◆ **DATOS DEL PARTICIPANTE**

Apellido/s. Nombres:

DNI - Ced. Identidad. - Pasaporte: N° de Doc: Sexo: Masc - Fem

Fecha de Nac.:/...../..... Dirección de e-mail:

Lugar de Nac.: Nacionalidad:

Domicilio, Calle: N°:..... Piso :..... Torre :..... Depto:

Localidad: Código Postal :..... Teléfonos:

Breve historia clínica (Remarcar lo que corresponde con y completar)

¿Tiene algún tipo de alergia? SI – NO ¿A qué?:.....

¿Cómo se manifiesta?:

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO ¿Cuáles?: Apendicitis – Amigdalitis – Hernia. Otra:.....

¿Tuvo fracturas, esguinces o luxaciones? SI – NO Especificar lesión y fecha:.....

¿Tiene problemas de coagulación? SI - NO - NO SE

¿Tiene el plan de vacunación completo? SI – NO ¿Cuál le falta dar?:.....

Enfermedades que tiene o suele tener: (Remarcar lo que corresponde) Afecciones de nariz, Af. de los oídos, Af. de los ojos, Af. de la piel – Asma – Bronquitis – Diabetes – Constipación – Desmayos – Enuresis – Epilepsia – Neumonía – Resfríos – Reumatismo – Sinusitis – Sonambulismo – Tos convulsa – Trastornos digestivos – Trastornos hepáticos. Otras:

Enfermedades padecidas a la fecha: (Remarcar lo que corresponde) Difteria – Disentería – Eruptivas – Escarlatina – Hepatitis – Paperas – Poliomieltis – Rubéola – Sarampión – Varicela. Otras:

¿Tiene alguna aclaración que debemos tener en cuenta? NO - SI En caso afirmativo detallar:.....

Los datos e información suministrados en la presente tiene carácter de Declaración Jurada

.....
Firma y aclaración de padre, madre, tutor o encargado

.....
N° de DNI

EXAMEN CLÍNICO. Debe ser completado por Médico de Cabecera (Estatal o Privado) /Médicos de CAPS / CEF / Seguro Público de Salud.

Determinación de: Talla: Peso: Frecuencia Cardíaca:

Tensión Arterial.....

Aparato Respiratorio.....

Aparato Cardiovascular.....

Aparato Locomotor/Postural.....

Otros:.....

Goza de buena salud. Apto para realizar educación física y deportes de acuerdo a sexo y edad

.....

Firma del Médico

Sello

.....de 2009

* En caso de considerar derivación, se deberá completar ficha odontológica