



## PLANILLA MEDICA

### DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

Apellido:	Nombre:	DNI:						
Fecha de Nacimiento: / /	Factor Sanguíneo:	Factor:						
Domicilio:	Telef. Particular:							
Localidad:	Provincia:	Telef. Celular:						
Obra Social:	N° Afiliado:							
Nombre Padre/Madre/Tutor:	DNI:							
Domicilio:	Teléfono:							
Mail: Nacionalidad:								
Vacuna contra COVID:	SI	Dosis	1	2	3	4		NO

### DATOS DEPORTIVOS

Deporte/s que practica: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Para ser llenado por PADRE / MADRE / TUTOR / ENCARGADO

**HISTORIA CLÍNICA:** marcar con X aquellas opciones que resulten POSITIVAS

SI	NO		DETALLE
		Familiar fallecida de muerte súbita.	
		Enfermedades respiratorias (Ej. asma, epoc)	
		Enfermedades metabólicas (Ej. diabetes)	
		Enfermedades cardiovasculares (Ej. soplos)	
		Enfermedades articulares (Ej. artritis)	
		Enfermedades neurológica (Ej. epilepsia)	
		Enfermedades actuales.	
		Cirujías recientes.	
		Toma medicación.	
		Tuvo episodios de desmayo o síncope	
		Dolor en el pecho.	
		Es alérgico a:	

Según mi leal consentimiento, autorizo a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ a viajar y participar de la Primera Edición de "NEUQUÉN JUEGA". Declaro verídicos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El anteriormente nombrado viaja con DNI o Pasaporte ORIGINAL.

Autorizo la cesión de su imagen las autoridades provinciales y/o municipales organizadoras, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

\_\_\_\_\_  
Firma PADRE/MADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI