

**DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES MEDICOS**

**DATOS**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD **ARGENTINA**

CLUB DE PERTENENCIA \_\_\_\_\_ FEDERACIÓN DE PERTENENCIA \_\_\_\_\_

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

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 completas y correctas , Declaro estar adecuadamente entrenado para participar en los torneos organizados por la FCV correspondiente a mi categoría, asimismo, estar médicamente apto según informe presentado en esta oportunidad. No presentando el EMMAC atento no participar en partidos interprovinciales**

FECHA DE EMISIÓN

FIRMA DEL DEPORTISTA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR