

**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, Hipertención 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 y **AUTORIZO a mi hijo/a a realizar Actividades Deportivas**

FECHA DE EMISIÓN

FIRMA DEL DEPORTISTA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR



**CEMAD**



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

**DATOS**

APELLIDOS

NOMBRES

DNI Nº

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

CLUB DE PERTENENCIA

FEDERACIÓN DE PERTENENCIA

**PRUEBAS MÉDICAS REALIZADAS (marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras)**

Exploración cardio-respiratoria

PESO

Exploración aparato locomotor

TALLA

Electrocardiograma (\*)

T.A.

Prueba de esfuerzo

F.C.

Otros

**(\*) ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS**

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Cardiovasculares:

Respiratorios:

Neurológicos:

Traumatológicos:

Endocrinos y Metabólicos:

Genitourinarios:

Infectocontagiosas:

Oftalmológicos:

Auditivos:

Alergias:

Cirugías:

Medicación:

Vacunas COVID-19

1º Dosis

2º Dosis

Certifico que el/la Sr./a/ita \_\_\_\_\_ puede realizar actividades físicas competitivas.

**Marcar la opción que corresponda**

Sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico y/o deporte.

Con autorización de especialista para realizar ejercicios físicos (especificar)

Contraindicación absoluta para la practica deportiva

ESTE CERTIFICADO MÉDICO ES VÁLIDO HASTA EL \_\_\_\_\_ (Fecha optativa, en función de criterios médicos)

/ /

FECHA DE EMISIÓN

SELLO Y MATRICULA

FIRMA DEL MEDICO