

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES MEDICOS**DATOS**

APELLIDOS

NOMBRES

DNI Nº

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