

Datos Personales del Deportista		Disciplina:
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
Fecha de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		D.N.I.:
Domicilio:		Tel. de Contacto:

Historia Clínica (*)
 Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas	

Calendario de Vacunación Completo

52 SI NO
 Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)

Peso

Altura

Talla Sentado

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluación Clínica (*)

53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física?: SI NO ¿Cual? _____

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI NO

¿Cuál? ECG Ergometría TAC RMN Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en _____, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

Por la presente se deja expresa constancia que libero de toda responsabilidad al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivarse de la inscripción y participación en las presentes actividades. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir el autorizado y/o sus bienes como consecuencia de la participación en el programa mencionado, incluso caso fortuito o fuerza mayor. En virtud de la liberación de responsabilidad efectuada precedentemente, renuncio en este acto a reclamar indemnización alguna a la Subsecretaría de Deportes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por los eventuales daños que pudiera sufrir.

Declaro conocer y aceptar el reglamento de los Juegos Porteños 2018 (<http://www.buenosaires.gob.ar/vicejefatura/deportes/juegosportenos/cronogramas-y-reglamentos>) y el de los Juegos Nacionales Evita 2018 (<http://www.juegosnacionales.gob.ar/descargas/reglamentos/>).

Según mi leal consentimiento autorizo a _____, D.N.I.: _____ a competir de los Juegos Porteños 2018 y a viajar y participar de los Juegos Nacionales Evita 2018. Declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de la Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. Certifico que el anteriormente nombrado viaja con DNI o Pasaporte, en cualquiera de los casos ORIGINAL, condición indispensable para participar de la Final Nacional.

Por la presente cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, filmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita teniendo la finalidad de promover el derecho al deporte. Esta autorización comprende cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción