

FOTO	<b>FICHA DE SALUD</b>	
	SEDE: _____ ACTIVIDAD: _____ FECHA: / /2020	
APELLIDO: _____		NOMBRE: _____ DNI: _____
F.NACIMIENTO: _____		EDAD: _____ GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO. _____
DOMICILIO: _____		LOCALIDAD: _____
TEL. PART: _____		TELÉFONO DE UN FAMILIAR PARA EMERGENCIA: _____
COB. MÉDICA: _____ Nº AFILIADO: _____		E-MAIL: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (marque con una x lo que corresponda)						
	SI	NO	DETALLE			
Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico						
¿Está tomando medicamentos?						
¿Posee antecedentes de internación, cirugía, fracturas?						
¿Posee antecedentes de dolor de cabeza crónico, convulsiones?						
¿Posee antecedentes de agotamiento o desmayos por calor?						
¿Posee problemas de piernas, pies, cadera, hombros, columna, otras?						
¿Fuma o fumó alguna vez?						
¿Algún familiar directo padece o padeció diabetes, colesterol, hipertensión arterial o problemas cardiacos?						
¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?			<b>DETALLE</b>			
DIABETES		HIPERTENSIÓN		HIPOTENSIÓN		_____ _____ _____ _____
HIPOTIROIDISMO		OSTEOPOROSIS		ENF. CARDIACAS		
ENF DE COLUMNA		CÁNCER		ASMA		
ALERGIAS		ARTROSIS		COLESTEROL		

**Solicitamos agregue información que considere importante y haya sido omitida en la confección de esta planilla**

.....  
 .....

Deslinde de Responsabilidad: por la presente y como declaración jurada manifiesto que no poseo patología ni impedimento alguno, para la presente práctica deportiva asumiendo cualquier riesgo que pudiera acontecer y deslindando en consecuencia al profesor a cargo y a la Secretaría de Deportes.

Por la presente, cedo los derechos y autorizo a la Municipalidad de Tres de Febrero para utilizar el material gráfico, fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita, incluyendo 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 –ACLARACIÓN - DNI: