



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	PETOSA			NOMBRE	PABLO		
N° DNI	38166617			NACIONALIDAD	ARGENTINA		
TEL. FIJO	46649734			CELULAR	1156187705		
FECHA DE NACIMIENTO	23	02	1994	EDAD	29		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	SGTO CABRAL			N°	1626	
BARRIO	MUÑIZ			LOCALIDAD	SAN MIGUEL		CP
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUÁL?	OSPEP N° SOCIO	59678-01		
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)							
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO	SI	INCOMPLETO	AÑO	
	PRIMARIO	EN CURSO	COMPLETO	SI	INCOMPLETO	AÑO	
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO	SI	INCOMPLETO	AÑO	

¿Es Alérgico? SI – NO. ¿A qué?

¿Está tomando alguna medicación? SI – NO.

¿Cuál?

COVID-19 POSITIVO. SI – NO Fecha de alta: ____/____/____.

¿Ha sufrido en los últimos 30 días? (Marcar con una cruz).

Procesos inflamatorios: _NO_ ¿Cuál?

Fractura o esguinces: _NO_ ¿Cuál?

Enfermedades infecto – contagioso: _NO_

¿Cuál?

Intervenciones quirúrgicas _NO_ ¿Cuál?

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardíaco – Hipertensión

– Diabetes – Asma – Epilepsia – Oncológica – Psiquiátrica – Obesidad – Otros.

¿Cuál?

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO ¿Cuál? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia – Otra _____

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI – NO ¿A cuál?

¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas?

SI – NO ¿Cuál?

Considera proporcionar alguna información que no esté representada en los ítems anteriores: SI – NO

¿Cuál?

Grupo Sanguíneo:

A+

Yo PABLO PETOSA de DNI 38166617 declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente Declaración Jurada manifiesto mi buen estado de salud, no obligación de cuarentena, ni vínculos cercanos con personas afectadas de COVID-19 así como también ningún integrante del grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19.

En caso de ser recuperado de COVID-19, anexo a la presente Declaración Jurada un aplo físico que ratifica mi buen estado de salud, demostrando que el coronavirus no ha dejado enfermedades ni síndromes como efecto posterior (miocardiopatía, arritmias, etc.)

De este modo dejo asentado que la presente declaración jurada regirá hasta que se modifique alguna de las condiciones descriptas en el primer párrafo.

Manifiesto estar satisfecho/a con toda la información recibida y haber sido veraz en la que manifiesto

Así mismo presto mi consentimiento de participar activamente del **PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELAS DEPORTIVAS 2023** de la Municipalidad de San Miguel, cesligando a la misma, como así también a la Subsecretaría de Deportes y a los profesionales que en ella se desempeñen, de cualquier problema de salud declarado o no en este documento, que surgiera de su participación en la mencionada actividad.

La información que antecede será tomada en virtud de **declaración jurada**.

En Mi Carácter de: ~~Padre / Madre / Tutor Legal / Rep. Legal Apoderado.~~ (Tachar lo que no corresponde)

NOMBRE Y APELLIDO			
D.N.I.		TELÉFONO	
LUGAR Y FECHA:		FIRMA:	

EN

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
MADRE	LILIANA FARIAS	1160443136	46649734
ESPOSA	ANDREA CHAZARRETA	1133852093	-