



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	Ramirez				NOMBRE	Mauro Nahuel			
Nº DNI	38830045				NACIONALIDAD	Argentino			
TEL. FIJO					CELULAR	11-5104-0844			
FECHA DE NACIMIENTO	07	07	1995	EDAD	27 años				
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Francisco Cocchiararo				Nº5665			
BARRIO	Caseros			LOCALIDAD	3 de Febrero			CP	1678
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI X	NO	¿CUÁL?	Osde	Nº SOCIO	62-287958-7-01			
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)									
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO		COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	
	PRIMARIO	EN CURSO		COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	
	SECUNDARIO	EN CURSO		COMPLETO	X	INCOMPLETO		AÑO	2014

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿Es Alérgico? SI - **NO**. ¿A qué? _____

¿Está tomando alguna medicación? Si - **NO**. ¿Cuál? _____

COVID-19 POSITIVO. **SI** NO Fecha de alta: 20/07/2020

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

Procesos inflamatorios: _____ ¿Cuál? _____

Fractura o esguinces: _____ ¿Cuál? _____

Enfermedades infecto - contagioso: _____ ¿Cuál? _____

Intervenciones quirúrgicas _____ ¿Cuál? _____

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardiaco - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otros.

¿Cuál? _____

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? **SI** NO ¿Cuál? Apendicitis - Amigdalitis - Hernia - **Otra**
Operación de Adenoides y tabique; Operación de falange de dedo índice mano derecha.

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI - **NO** ¿A cuál? _____

¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitations 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? _____

GrupoSanguineo: ____ +A



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACION JURADA

Yo **Mauro Nahuel Ramirez**, de DNI **38.830.045**, 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 apto 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; desligando 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 corresponda)

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
Esposa	Camila Berra	11-3559-7272	

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION

