



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	Nicastro	NOMBRE	Fabrico Julián			
N° DNI	44792382	NACIONALIDAD	Argentino			
TEL. FIJO		CELULAR				
FECHA DE NACIMIENTO	11	5	03	EDAD	19	
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	guido spano 1413	N°			
BARRIO	Bellavista	LOCALIDAD	San Miguel	CP	1663	
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	¿CUÁL?	OSDEN° SOCIO			
(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	✓	INCOMPLETO	AÑO

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: ____/____/____ .

¿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 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: _____



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

- ☐ No presento ningún tipo de alergia
- ☐ No tomo ningún tipo de medicamento
- ☐ Covid-19
- ☐ Ha sufrido en los últimos 30 días
 - Procesos inflamatorios ×
 - Fracturas o esguinces ×
 - Enfermedades infecto-contagioso ×
 - Intervenciones quirúrgicas ×
- ☐ ¿Cuáles son los factores de riesgo y enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardíacos, hipertensión, diabetes, asma, epilepsia, oncológica, psiquiátrica, obesidad, otros: No presentó ninguna
- ☐ ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? Si (me opere los ligamentos , hace
- ☐ ¿ Tuvo algún dolor en el pecho palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades? NO
- ☐ No considero proporcionar alguna otra información

DECLARACION JURADA

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

NOMBRE Y APELLIDO	Gabriela Galarza		
D.N.I.	23902712	TELÉFONO	1167497341
LUGAR Y FECHA: 1/3/2023		FIRMA: Fabricio Julian	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Mi madre (1167497341)