



PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	Franco		NOMBRE	Joapuin Eduardo	
N° DNI	4888231		NACIONALIDAD	Argentina	
TEL. FIJO	116071687		CELULAR	1161504236	
FECHA DE NACIMIENTO	30	10	OP	EDAD	13 años
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Rio Colorado		N°	1841
BARRIO			LOCALIDAD	Belle Vista	CP
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUÁL?	IOSFA	N° 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	2º 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 NO - ¿Cuál?

Procesos inflamatorios NO - ¿Cuál?

Enfermedades infecto - contagioso: NO - ¿Cuál?

Intervenciones quirúrgicas NO - ¿Cuál?

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

¿Cuál? APLASIA MEDULAR (PERIODO DE REMISION)

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

VIA Central - Toracostomia

¿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 Martinez Juana Maria, de DNI 24.181.244, declaro bajo juramento que a 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 de 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	<u>Martinez Juana Maria</u>		
D.N.I.	<u>24 181 244</u>	TELÉFONO	<u>11 61504276</u>
LUGAR Y FECHA:	<u>Bella Vista, 17 febrero 2023</u>		FIRMA: <u>[Firma]</u> <u>Martinez Juana</u>

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
<u>Madre</u>	<u>Martinez Juana</u>	<u>11 61504276</u>	<u>11 60716887</u>

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION