

**PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION****DATOS DEL ALUMNO**

APELLIDO	Fernández	NOMBRE	Lucas Gabriel
Nº DNI	44547744	NACIONALIDAD	Argentino
TEL. FIJO	-	CELULAR	11 28382967
FECHA DE NACIMIENTO	06 01 03	EDAD	20
DOMICILIO ACTUAL	CALLE El Chocón	Nº	2931
BARRIO	Bella Vista	LOCALIDAD	San Miguel
CP	1661		
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI NO	¿CUÁL?	-
Nº SOCIO	-		
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)			
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO X INCOMPLETO
	PRIMARIO	EN CURSO	COMPLETO X INCOMPLETO
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO X INCOMPLETO
			AÑO 2006-2008
			AÑO 2009-2014
			AÑO 2015-2020

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 cardiacos – 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+



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACION JURADA

Yo **Lucas Gabriel Fernández**, de DNI **44547744**, 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**.

NOMBRE Y APELLIDO	Lucas Gabriel Fernández		
D.N.I.	44547744	TELÉFONO	11 2832967
LUGAR Y FECHA:	Bella Vista, 28/02/2023	FIRMA:	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Padre	Eduardo Fernández	11 23425962	-
Madre	Natalia Montivero	11 60368913	-

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION



