



PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION					
DATOS DEL ALUMNO					
APELLIDO	CORDERA		NOMBRE	SANTIAGO	
N° DNI	52835244		NACIONALIDAD	ARGENTINO	
TEL FIJO	1007-5422		CELULAR	1144362565	
FECHA DE NACIMIENTO	11/12/12	EDAD	10 AÑOS		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE RIO NEGRO N° 776				
BARRIO	B. JUSA	LOCALIDAD	B. JUSA	CP	1660
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUAL?	USECAC	N° SOCIO 52835244
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)					
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO
	PRIMARIO	EN CURSO	X COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponde y completar)

¿Es Alérgico? SI - NO. ¿A qué?

¿Está tomando alguna medicación? SI - NO. ¿Cuál?

COVID-19 POSITIVO SI - NO Fecha de alta: 1/1

¿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? Apandicitis - 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: B+



DECLARACION JURADA

Yo JERONICA GONZ de DNI 22669445, 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	JERONICA GONZ	
DNI	22669445	TELÉFONO 1144362565
LUGAR Y FECHA:	FIRMA	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
PAPA	JORGE CORDERA	1155774496	
MAMA	JERONICA GONZ	1144362565	

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION