



PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACIÓN

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	LESCANO			NOMBRE	GABRIEL FELIX		
N° DNI	52.793.939			NACIONALIDAD	ARGENTINO		
TEL. FIJO				CELULAR	1565936252/1562676994		
FECHA DE NACIMIENTO	05	11	12	EDAD	10		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	AV. PRESIDENTE PERON			N°152		
BARRIO				LOCALIDAD	MUÑIZ		CP 1663
¿TIENE OBRA	SI	NO	¿CUÁL?	SPFN° SOCIO	38980/02		
(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: NO ____ ¿Cuál?

Fractura o esguinces: 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? __ NINGUNO PERO SE DEBE CUIDAR DEL FRIO PORQUE HA TENIDO NEUMONIA, LLEVA CONTROLES PERIODICOS

¿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? __ SE DEBE CUIDAR DEL FRIO PORQUE HA TENIDO NEUMONIA, LLEVA CONTROLES PERIODICOS



DECLARACION JURADA

YoLESCANO GABRIEL FELIX....., de DNI 52793939....., 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	CAROLA ELIZABETH GIMENEZ		
D.N.I.	23.151.434	TELÉFONO	1565936252/ 1562676994
LUGAR Y FECHA: San Miguel 02/03/23		FIRMA:	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
MADRE	CAROLA GIMENEZ	1565936252	
PADRE	JORGE LESCO	1562676994	

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION