

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	Escher	NOMBRE	Matias Jorge
N° DNI	52 451 544	NACIONALIDAD	Argentina
TEL. FIJO	—	CELULAR	11-3076-3510
FECHA DE NACIMIENTO	07/06/12	EDAD	10
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Rivas	N° 435 (Rdo)
BARRIO	San Pío	LOCALIDAD	Bella Vista
		CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	☒ SI	NO	¿CUÁL?
			OSDE
		N° SOCIO	62 127045703
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)			
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO ☒
	PRIMARIO	EN CURSO ☒	COMPLETO
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO
			INCOMPLETO
			AÑO
			AÑO
			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? Soplo funcional de nacimiento

¿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: O+



DECLARACION JURADA

Yo Marida Suarez, de DNI 26.565.134, 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	<u>Marida Suarez</u>		
D.N.I.	<u>26.565.134</u>	TELÉFONO	<u>11-3076-3510</u>
LUGAR Y FECHA:	<u>Bella Vista 25/02/23</u>		FIRMA: <u>SUAREZ M.</u>

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
<u>Madre</u>	<u>Marida Suarez</u>	<u>11-3076-3510</u>	<u>—</u>
<u>Padre</u>	<u>Jorge Escher</u>	<u>11-6601-9237</u>	<u>—</u>

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION