

PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	SERRA HEADEZ			NOMBRE	BENJAMIN		
N° DNI	51330440			NACIONALIDAD	ARGENTINO		
TEL. FIJO	55 2204 3459			CELULAR	55 007 2650		
FECHA DE NACIMIENTO	27	09	11	EDAD	11 años		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	CONSTITUCION		N°	927		
BARRIO	MERIZ		LOCALIDAD	SAN MIGUEL		CP	
¿TIENE OTRA ESCUELA?	SI	NO	¿CUAL?	TOMA	N° SOCIO	2274643027/03	
Escribir la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma							
EDUCACION	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO		
	PRIMARIO	EN CURSO	X COMPLETO	INCOMPLETO	X AÑO	6º	
	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: _____ ¿Cuál? _____

Fiebre o erupciones: _____ ¿Cuál? _____

Enfermedades infecto - contagiosas: _____ ¿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? Apéndice - Amígdalas - 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+



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

En Mi Carácter de: Padre / Madre / Tutor Legal / Rep Legal Apoderado. (Tachar lo que no corresponda)

NOMBRE Y APELLIDO	Ana CAMILA ONDARZA		
D.N.I.	27464202	TELÉFONO	1160073250
LUGAR Y FECHA:	SAN RAFAEL, 27/02/2023		FIRMA:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL Fijo
Padre	Sofía Ondarza, Licencia	1163007128	1122043439
Madre	Antonía, enfermera	1167434018	-

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION