



PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION									
DATOS DEL ALUMNO									
APELLIDO	Costa Carena				NOMBRE	Santiago Ezequiel			
N° DNI	46.698.837				NACIONALIDAD	Argentina			
TEL. FIJO					CELULAR	15 6539 9961			
FECHA DE NACIMIENTO	21	06	05	EDAD	17 años				
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Sourdeaux			N°2223				
BARRIO	Bella Vista			LOCALIDAD	San Miguel			CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUÁL?	Luis Pasteur		N° SOCIO	029057 02 005		
(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	2022			

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿Es Alérgico? ~~SI~~ - NO. ¿A qué? NO

¿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 cardiaco - 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: RH+ / 0 +



DECLARACION JURADA

Yo COSTA CARENA SANTIAGO EZEQUIEL, de DNI 46.698.837..., 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**.

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

NOMBRE Y APELLIDO	NATALIA CARENA		
D.N.I.	25.868.057	TELÉFONO	15 3635 1256
LUGAR Y FECHA: BELLA VISTA - 28/02/2023		FIRMA: CARENA 	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
MADRE	NATALIA CARENA	15 3635 1256	