



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION									
DATOS DEL ALUMNO									
APELLIDO	MENDOZA BAZAN				NOMBRE	LUCCA JOAQUIN			
N° DNI	52 439 379				NACIONALIDAD	ARGENTINO			
TEL. FJO					CELULAR	11 68863965			
FECHA DE NACIMIENTO	05	04	2012	EDAD	10				
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	2000 BARRIO PERA			N°	1035			
BARRIO				LOCALIDAD	SANTIAAGO			CP	1663
TIENE OBRA SOCIAL	SI	☒	¿CUAL?	ISOMA		N° SOCIO	20324393795		
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	6°
	SECUNDARIO	EN CURSO		COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿Es Alérgico? ☒ - NO. ¿A qué?

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

COVID-19 POSITIVO: ☒ - NO Fecha de alta: ____/____/____

¿Ha sufrido en los últimos 30 días? (Marcar con una cruz).

Procesos inflamatorios: ____ ¿Cuál?

NO

Fractura o esguinces: ____ ¿Cuál?

NO

Enfermedades infecto - contagioso: ____ ¿Cuál?

NO

Intervenciones quirúrgicas ____ ¿Cuál?

NO

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardíaco - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otros.

¿Cuál? Asma

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? ☒ - NO ¿Cuál? Apendicitis - Amigdalitis - Hernia - Otra

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? ☒ - 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? Personas con discapacidad

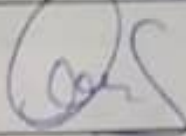
Grupo Sanguíneo:

+B



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	LUZ ANTONELLA BAZAN		
D.N.I.	32681525	TELÉFONO	1168863965
LUGAR Y FECHA	San Miguel, 27 Febrero 2023		FIRMA: 

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Padre	LUCAS MENDEL	1125347266	—

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION