

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	GARCIA SOLARZANO			NOMBRE	MATIAS BENJAMIN		
N° DNI	52452088			NACIONALIDAD	ARGENTINO		
TEL FJO				CELULAR	1544348633		
FECHA DE NACIMIENTO	08	06	2012	EDAD	10		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	GUIDO SPANO			N°	1471	
BARRIO	MINTALDI		LOCALIDAD	BELLAVISTA - SANTIAGO		CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	(SI)	NO	¿CUÁL?	IOSFA		N° SOCIO	52452088
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma) ES EL DNI							
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? SI - NO (NO) ¿A qué?

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

COVID-19 POSITIVO. SI - NO (NO) Fecha de alta: ____/____/____

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

Procesos inflamatorios: ____ ¿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?

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI - NO (NO) ¿Cuál? Apendicitis - Amigdalitis - Hernia - Otra

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI - NO (NO) ¿A cuál?

¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas? SI - NO (NO) ¿Cuál?

Considera proporcionar alguna información que no esté representada en los ítems anteriores: SI - NO (NO) ¿Cuál?

Grupo Sanguíneo: A+

PROGRAMA MUNICIPAL DE



ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACION JURADA

Yo Martes B. García Solórzano....., de DNI 52452048....., declaro bajo juramento que en el 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 de mi 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 postinfeccioso (miocardiopatía, arritmias, etc.).

De este modo dejo asentado que la presente declaración jurada regirá hasta que se modifique alguna de las condiciones descritas 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	Silva Melisa Denise		
D.N.I.	33016604	TELÉFONO	1544348633

LUGAR Y FECHA: Bs. As. 26/2/23

FIRMA:

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Padre	Nicolás García Solórzano	1541784708	-
Madre	Melisa Silva	1544348633	-

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION