



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	Ghiglia	NOMBRE	Guadalupe
Nº DNI	55030079	NACIONALIDAD	Argentina
TEL. FIJO	1131257513	CELULAR	1131257513
FECHA DE NACIMIENTO	23 11 15	EDAD	7
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Aconcagua	Nº148
BARRIO	Bella Vista	LOCALIDAD	Bella Vista
		CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUÁL?
			Osecac
		Nº SOCIO	55030079
(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

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 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?

GrupoSanguíneo:

A+

DECLARACION JURADA

YoCecilia Maimone....., de DNI25.692.813....., 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	Cecilia Maimone		
D.N.I.	25.692.813	TELÉFONO	1131257513
LUGAR Y FECHA:	Bella vista, 26 de Febrero		FIRMA 

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Mama	Cecilia Maimone	1131257513	1131257513
Papa	Hernan Ghiglia	1151764748	1151764748

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION