

PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION									
DATOS DEL ALUMNO									
APELLIDO	Rosas Salgado			NOMBRE	Valentina				
N° DNI	52206176			NACIONALIDAD	Argentina				
TEL. FIJO				CELULAR	1138806510				
FECHA DE NACIMIENTO	24/04/2012	EDAD	10						
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Tr. Gral. Urquiza			N°	1133			
BARRIO	Bellavista		LOCALIDAD	San Miguel		CP	1661		
TIENE OBRA SOCIAL	SI	NO	¿CUAL?	RG	FE	N° SOCIO	1-06459520-01/00		
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	Sexto		
	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: NO ☒ ¿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 cardíaco - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otros.

¿Cuál? NO ☒

¿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: 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	Rosas Juan Manuel		
D.N.I.	27553044	TELÉFONO	1138806510
LUGAR Y FECHA:	San Miguel / 27/02/23	FIRMA:	

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Madre	Silvia Lina	1164333237	-
Abuela	Rita Barrios	3543514938	-

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION

Hermano Papirillo Rosas 351 228 5181