BUENOS AIRES PROVINCIA BA

# FICHA DE AUTORIZACIÓN Y SALUD

ÁREA DEPORTES ☐ ÁREA CULTURA ☐

## PARTICIPANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **APELLIDO Y NOMBRES** | | | | | |
| **D.N.I.** | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | |
| **DOMICILIO** | | | **C.P.** | | |
| **LOCALIDAD** | | **MUNICIPIO** | | | |

## AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a, del cual constan sus datos en esta planilla, a participar de **LOS JUEGOS BA** Declaro conocer y aceptar todas y cada una de las condiciones de participación expresadas en el Reglamento General y Específico de las Áreas Cultura y Deportes, según corresponda su participación.
Consigno a modo de Declaración Jurada una breve historia clínica.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **APELLIDO Y NOMBRES** | | | |
| **D.N.I.** | | **TELEFONO** | (  ) |

**Lugar y Fecha** **Firma**

***Breve historia clínica*** (Remarcar lo que corresponde con ◯ y completar)

¿Tiene alguna enfermedad? SI – NO ¿Cuál?:……

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO ¿Cuáles?: Apendicitis – Amigdalitis – Hernia. Otra:……

¿Estuvo más de un mes sin hacer deporte por problemas físicos? SI – NO ¿Cuál? :……

¿Toma alguna medicación en forma permanente? SI – NO ¿Cuál ?:……

¿Tuvo alguna vez dolor de pecho, palpitaciones o desmayo durante la realización de actividad física? SI – NO ¿Cuál? :….

……

¿Alguna vez un médico le dijo que no podía realizar actividad física por algún motivo? SI – NO ¿Cuál ?:……

¿Cuál de estos factores de riesgo y/o enfermedades presenta: Soplos cardíacos – Hipertensión – Diabetes. Asma, Epilepsia, otros: ¿Cuál ?:……

¿Tiene algún trastorno como alergia o intolerancia a algún alimento o medicamento? SI – NO ¿Cuál?:……..

……

***EXAMEN CLÍNICO.*** *Debe ser completado por Médico de Cabecera (Estatal o Privado) /Médicos de CAPS / CEF o Seguro Público de Salud.*

Determinación de: Talla: …… Peso: ..... Tensión Arterial……

Aparato Respiratorio……

Aparato Cardiovascular……

Aparato Locomotor/Postural……

Abdomen……

Trastornos neurológicos……

Otros:……

**Presenta, al momento del examen físico, APTITUD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, de acuerdo con la edad, sexo y nivel de entrenamiento**

…… ……de 2012

Firma del Médico Sello

** En caso de considerar derivación. se deberá completar ficha odontológica*

## PARA SER COMPLETADO POR AUTORIDADES DEL MUNICIPIO

| | |
|---|---|
| **Apellido y nombres Autoridad Oficial** | |
| **Cargo que desempeña** | |

**Sello Oficial** **Firma**