

DECLARACION JURADA DE APTITUD FISICA

La siguiente información es de suma importancia para el/la profesional de la salud que realizará su atención y para la institución en caso de emergencia. Tiene como objetivo el cuidado y la seguridad de su hijo/a. Durante el examen físico se evaluará su estado clínico actual.

La primera carilla es para autocompletar:

- Deberá ser completada y firmada obligatoriamente por el padre, madre o responsable legal en caso de ser menores de 18 años.

DATOS PADRE/ MADRE/ RESPONSABLE LEGAL (del niño/a, adolescente)

Nombre y Apellido:
 Fecha de nacimiento: N° de documento:
 N° de teléfono (fijo/celular):

DATOS PADRE/ MADRE/ RESPONSABLE LEGAL (del niño/a, adolescente)

Nombre y Apellido:
 Fecha de nacimiento: N° de documento:
 N° de teléfono (fijo/celular):
 Otro nombre de contacto en caso de emergencia: tel:

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA O ADOLESCENTE:

Nombre y Apellido:
 Fecha de nacimiento: N° de documento:
 Edad: Grupo Sanguíneo:
 Nombre de contacto en caso de emergencia: Teléfono

Antecedentes personales (Encierre en un círculo la respuesta Correcta , en caso afirmativo aclare en Observaciones)

Patologías cardíacas	SI	NO	Enfermedades infecciosas en los 2 últimos meses	SI	NO
Presión arterial elevada	SI	NO	Ausencia o disfunción orgánica	SI	NO
Obesidad	SI	NO			
Asma bronquial	SI	NO	Alergia	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO	Alteraciones en la voz	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Tos crónica	SI	NO
Traumatismo de cráneo	SI	NO	Medicamento habitual	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Alergia a algún medicamento	SI	NO
Alteraciones sanguíneas	SI	NO	Consumo de vitaminas	SI	NO
Afecciones auditivas	SI	NO	Trastornos de piel	SI	NO
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	SI	NO	Uso de anteojos	SI	NO
Otros problemas óseos o de articulaciones	SI	NO	Trastornos odontológicos	SI	NO
Cirugías	SI	NO	Utilización de prótesis	SI	NO
Internaciones	SI	NO	Trastornos de la alimentación	SI	NO

Antecedentes familiares

Problemas cardíacos	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Obesidad	SI	NO	Colesterol elevado	SI	NO
Muerte súbita de familiar directo menor a 50 años	SI	NO	Tos crónica	SI	NO
Otras patologías (especificar).....					

Antes durante o después de la realización de ejercicio físico, en alguna oportunidad, ha padecido:

Mareos	SI	NO	Más cansancio que sus compañeros/as	SI	NO
Desmayo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO
Dolor fuerte de pecho	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Otros (especificar):					

Observaciones:

.....
Por la presente afirmo que dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, se llamará al servicio de emergencias contratado por la Universidad Nacional de Cuyo, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la presente Declaración Jurada de salud, el Certificado Médico en que se indique diagnóstico; en aquellos casos en que el alumno/deportista, "Si" presenta algunas de las situaciones descritas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones al alumno/deportista para actividades deportivas/recreativas.

La Dirección General de Deportes Recreación y Turismo sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los alumnos/deportistas, el control médico anual de los mismos.

Firma, aclaración y DNI adulto/a responsable