

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS



Club:

Información Personal

Apellido y nombre		Edad actual	
Fecha de nacimiento		Sexo	
DNI		Pcia-Pais	
Domicilio-Localidad		Celular	
Profesión/ocupación		N Afiliado	
Obra Social			
Emergencia Obra social			
Grupo Sanguíneo y factor		Peso	
		Talla	

En caso de emergencia contactarse con:

	Apellido y Nombre	Vinculo	Teléfono
1			
2			

Antecedentes de salud. Aspectos

Aspectos Generales / Medicamentos	¿Toma usted algún medicamento prescripto por un médico?	Si	No	¿Cuál/es?
				¿Para qué patología?
	¿Toma usted algún medicamento de manera regular, no prescripto por un médico?	Si	No	¿Cuál/es?
	¿Toma usted suplementos vitamínicos, minerales u otras sustancias para mejorar su rendimiento?	Si	No	¿Cuál/es?
	Alergias	Si	No	¿A qué?
	Cirugías	Si	No	¿Cual? ¿Cuándo?
	Dificultad en audición	Si	No	¿Usa audífonos?
	Dificultad en visión	Si	No	
Alteraciones en la alimentación	Si	No	Detalle	

Aspecto Cardiovascular	Patologías cardíacas	Si	No	¿Cuál?		
	Pérdida de conocimiento durante o dentro de la hora posterior al ejercicio.	Si	No	Detalle		
	Opresión o dolor en el pecho durante el ejercicio.	Si	No	Detalle		
	Arritmias	Si	No	Detalle		
	Hipertensión	Si	No	¿En seguimiento por especialista?		
	Colesterol / Triglicéridos elevados.	Si	No	¿En seguimiento por especialista?		
	Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años.	Si	No	Causa		
Aspecto respiratorio	Patologías respiratorias	Si	No	¿Cuál?		
	Asma/Neumonías	Si	No	Tabaquismo	Si	No
	Dificultad para respirar asociada al ejercicio.	Si	No			
Neurológico	Epilepsia	Si	No	¿En seguimiento por especialista?		
	Traumatismo de cráneo asociado a síntomas o con pérdida de conocimiento.	Si	No	Migrañas asociadas al deporte	Si	No
	Adormecimiento en miembros	Si	No	Región anatómica		
Aspecto Musculoesquelético. Lesiones (Tendinitis, Desgarros, esguinces, luxaciones, fracturas, Cirugías)		Si	No	Detalle		
Aspecto Hematológico. Anemia/Talasemia/Otras		Si	No	¿Cual?		
Aspecto Gastrointestinal / Vesicourinario						
	Patología digestiva o del hígado.	Si	No	¿Cual?		
	Cálculos renales.	Si	No	Insuficiencia renal crónica	Si	No
	Diabetes (Tipo I / Tipo II)	Si	No	¿En seguimiento por especialista?		
Infectología	Miocarditis reciente (<6 Meses)	Si	No	Mononucleosis reciente (<6 meses)	Si	No
	COVID-19 Confirmado	Si	No	Fecha		
	¿Recibió vacunación para COVID-19?	Si	No	Vacunación acorde a edad completa	Si	No
Varios	¿Hace algún otro deporte regularmente?	Si	No	¿Cual?		
	¿Algún otro dato de salud de relevancia?	Si	No	¿Cual?		

Menor de 18 Años (Padre, Madre o Tutor)	Firma	Aclaración	DNI
Mayor de 18 Años			