

| Datos Personales del Deportista |                    |                 |      |
|---------------------------------|--------------------|-----------------|------|
| Apellido:                       | Nombre:            |                 | DNI: |
| Fecha Nacimiento: / /           | Grupo Sanguíneo:   | Factor:         |      |
| Domicilio:                      | Telef. Particular: |                 |      |
| Localidad:                      | Provincia:         | Telef. Celular: |      |
| Obra Social:                    | N° Afiliado:       |                 |      |
| Nombre Padre-Madre-Tutor:       | DNI:               |                 |      |
| Domicilio:                      | Telefono:          |                 |      |
| Mail:                           | Nacionalidad:      |                 |      |
| Datos Deportivos                |                    |                 |      |
| Deporte/s que practica:         |                    | Institución:    |      |
| Actividad Física y Función      |                    |                 |      |

| Para ser llenado por el Médico                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| HISTORIA CLINICA                                                                                                                               |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
| marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas                                                                                      |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
| si                                                                                                                                             | no                                                                                                                                                                          | detalle                            |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Familiares con muerte súbita       |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades respiratorias         |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades metabólicas           |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades cardiovasculares      |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades articulares           |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades neurológicas          |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Enfermedades actuales              |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Cirujías recientes                 |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Toma medicación                    |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Tuvo episodio de desmayo o síncope |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Dolor en el pecho                  |                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | Es alérgico a:                     |                                                         |
| EVALUACION CLINICA                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
| Frecuencia Cardíaca Basal                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                        | Peso                               | <input type="text"/>                                    |
| Frecuencia Respiratoria Basal                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                                                                        | Altura                             | <input type="text"/>                                    |
| Tensión Arterial Basal                                                                                                                         | <input type="text"/>                                                                                                                                                        | Talla sentado                      | <input type="text"/>                                    |
| Realiza Actividad Física?                                                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | Cual:                              |                                                         |
| Con que frecuencia:                                                                                                                            | 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana                                                                                                                                                | Todos los días                     | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| ¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?                                                 |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
| Cual?                                                                                                                                          | ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio <input type="checkbox"/> |                                    |                                                         |
| Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas |                                                                                                                                                                             |                                    |                                                         |
| Firma y Sellos del Médico                                                                                                                      |                                                                                                                                                                             | Lugar, fecha y hora                |                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Según mi leal consentimiento, autorizo a _____ DNI _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| a viajar y participar de los JUEGOS BONAERENSES 2019. Declaro verídicos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El anteriormente nombrado viaja con DNI, cédula del Mercosur o Pasaporte ORIGINAL. Autorizo la cesión de su imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada. |
| Firma Padre-Madre o Tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aclaración y DNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |