

## DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES MEDICOS

### DATOS

APELLIDOS

NOMBRES

DNI N°

FECHA DE NACIMIENTO

 /  / 

NACIONALIDAD

CLUB DE PERTENENCIA

FEDERACIÓN DE PERTENENCIA

**DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES O UNA PERSONA MAYOR RESPONSABLE Y AVALADA CON SU FIRMA**

### ANTECEDENTES PERSONALES

LOS MARCADOS CON "SI", EXPLÍQUELOS AL FINALIZAR

		SI	NO
1	¿Alguna vez, algún médico le prohibió la práctica de deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿En la actualidad, se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Padece de Asma, Diabetes, Hipertensión Arterial u otra enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Alguna vez estuvo internado por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez se sometió a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Tiene alergias a medicamentos, clima, insectos, polen, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Alguna vez se desmayó durante o después de una actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Alguna vez sintió, dolor o presión en el pecho durante la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Alguna vez el médico le dijo que tiene Presión Arterial Alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Alguna vez el médico le dijo que tiene un Soplo Cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez el médico le indicó alguna prueba cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Algún familiar padece enfermedades crónicas o cardíacas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Nació sin o le falta un Riñón, Testículo, o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿Alguien le recomendó cambiar su peso o hábitos alimentarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	¿Existe alguna razón por la cual usted no debería realizar deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	¿Alguna vez se quebró o tuvo alguna lesión articular? En que lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CABEZA	CUELLO	HOMBROS	BRAZOS	CODOS	ANTEBRAZOS	MANOS	TORAX
ESPALDA	CINTURA	CADERA	MUSLO	RODILLA	PIERNA	TOBILLO	PIES

Explique las respuestas positivas (SI) colocando el número de pregunta:

  
  
  


Por el presente declaro a mi leal saber y entender, que las respuestas dadas a las preguntas anteriores son completas y correctas

FECHA DE EMISIÓN

FIRMA DEL DEPORTISTA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR