

Datos Personales del Deportista

Disciplina: .....

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
Fecha de Nacimiento: ...../...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	D.N.I.:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	

Para ser completado por el médico

Historia Clínica (\*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consumo Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consumo Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:

Polvo, Polen  
 Medicamentos  
 Plumas  
 Comidas

Antibióticos  
 Picaduras de Insectos  
 Otros (Especificar) .....

Calendario de Vacunación Completo

52  SI  NO  
 Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal  
 Frecuencia Respiratoria Basal  
 Tensión Arterial Basal

E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)

Peso

Altura

Talla Sentado


Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

Evaluación Clínica (\*)

53 Cabeza y Cuello  
 54 Ojos  
 55 Oídos  
 56 Toma Medicación (Especificar)

57 Boca y Faringe  
 58 Nariz y Pulmones  
 59 Corazón  
 60 Pulsos Periféricos

61 Abdomen  
 62 Columna Vertebral  
 63 Neurológico  
 64 Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física?: SI  NO

¿Cual? \_\_\_\_\_

Todos los días

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana

SI  NO

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?

¿Cuál? ECG  Ergometría  TAC  RMN  Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica queda en \_\_\_\_\_, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

Por la presente se deja expresa constancia que libero de toda responsabilidad al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivarse de la inscripción y participación en las presentes actividades. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir el autorizado y/o sus bienes como consecuencia de la participación en el programa mencionado, incluso caso fortuito o fuerza mayor. En virtud de la liberación de responsabilidad efectuada precedentemente, renuncio en este acto a reclamar indemnización alguna a la Subsecretaría de Deportes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por los eventuales daños que pudiera sufrir.

Declaro conocer y aceptar el reglamento de los Juegos Porteños 2019 (<http://www.buenosaires.gob.ar/vicejefatura/deportes/juegosportenos/cronogramas-y-reglamentos>) y el de los Juegos Nacionales Evita 2019 (<http://www.juegosevita.gob.ar/descargas/reglamentos/>).

Según mi leal consentimiento autorizo a \_\_\_\_\_, D.N.I.: \_\_\_\_\_ a competir de los Juegos Porteños 2019 y a viajar y participar de los Juegos Nacionales Evita 2019. Declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de la Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. Certifico que el anteriormente nombrado viaja con DNI o Pasaporte, en cualquiera de los casos ORIGINAL, condición indispensable para participar de la Final Nacional.

Por la presente cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, filmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita teniendo la finalidad de promover el derecho al deporte. Esta autorización comprende cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.

(\*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción