





		Datos Per	sonales del Deporti	sta		
Apellido):	Nombre:			D.N.I.:	
F. de Nacimiento:/ Grupo Sanguíneo:					Factor:	
Domicilio:				Tel. Particular:		
Localida	ad:	Provincia:		Tel. Celular:		
Obra So			Nº Afiliado:			
	e del Padre, Tutor o Encargado:				D.N.I.:	
Domicili	io:				ontacto:	
			mpletado por el mé	dico		
	Max		toria Clínica (*)	ultan nasitiyas		
1			ellas opciones que res	35	Enformadados do la Cangro	
2	Enfermedades Congénitas Traumatismos		eras Impión	36	Enfermedades de la Sangre Enfermedades de Ganglios	
3	Operaciones		rmedades Digestivas	37	Enfermedades de danglios Enfermedades de la Vista	
4	Golpes Fuertes		atitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares	
5	Lesiones Articulares	·	rmedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas	
6	Fracturas - Esguinces		cciones Urinarias	40	Heridas	
7	Enfermedades de los Huesos	24 Enfe	rmedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel	
8	Enfermedades Musculares	25 Enfe	rmedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas	
9	Fiebre Reumática		res de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas	
10	Artritis - Artrosis		vulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis	
11	Enfermedades Respiratorias		lida de Conocimiento	45	Consume Alcohol	
12	Enfermedades Articulares		nidratación	46	Consume Tabaco	
13	Sinusitis - Otitis - Anginas		rmedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual	
14	Asma		etes	48	Recibió Transfusiones	
15	Neumonía - Bronconeumonía	32 Cha		49	Recibió Hemodiálisis	
16 17	Varicela Rubeola		os del Corazón ermedades Cardíacas	50 51	Hipertensión Arterial Toma Medicación	
17	Rubeola Es Alèrg		intendues Cardiacas		rio de Vacunación Completo	
$\overline{}$	Polvo, Polen		pióticos	Galeriaa	no de racanación complete	
-	Medicamentos		duras de Insectos	52 SI	□ NO	
	Plumas		s (Especificar)		etar al dorso dosis faltantes	
	Comidas			оор.с		
	Valoración Funcional	F.C.G	i.(Sugerido, no obli	gatorio)	Peso	
Frecuenc	cia Cardíaca Basal		li(Sugerius, no obii)		Altura	
Frecuencia Respiratoria Basal				-	Talla Sentado	
	Arterial Basal			Dist.	entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto	
		 Eval	uación Clínica (*)			
53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen	
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral	
55	Oídos	59	Corazón	63		
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?	
Realiza	a Actividad Física? SI	No Cua	12			
		3 - 4 veces x sem	-	c díac		
-						
¿Se realizo algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI No						
¿Cuál?	ECG Ergometria T	AC RMN	Estudios de laborato	orio [(E	n caso positivo anexar una fotocopia)	
Certific	o que				a historia clínica queda en	
			, ha sido exa	minado clínican	nente y se encuentra apto	
para re	ealizar actividades deportivas	competitivas.				
	Firma y Sello del	Médico		Localid	ad, Fecha y Hora	
	Firma y Selio dei			LUCAIIU	au, i cuia y i iuia	
Según r	mi leal consentimiento autorizo a		, D	.N.I:	a viajar y	
participar de los Juegos Nacionales Evita 2019 y 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						
	rticipar de la Final Nacional.	.g 22.1. 27.12 3 1 0				
	, and the state of					
	Firma Padre, Madre, Tut	or o Encargado		Aclai	ración y D.N.I.	