

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:	N° 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	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume 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:**

<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/> Comidas	.....

**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	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física?: SI  NO       ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?      SI  NO

¿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.gov.ar/vicejefatura/deportes/juegosportenos/cronogramas-y-reglamentos>) y el de los Juegos Nacionales Evita 2019 (<http://www.juegosevita.gov.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