

**Datos Personales del Participante**

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:	
Vacuna contra COVID	SI	dosis
		1 2 3 4
	NO	

**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:	<input type="text"/>
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?			<input type="checkbox"/>
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 físicas 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 2022. 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