



## DECLARACION JURADA DE SALUD – Ficha Médica Temporada 2023-2024

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Requerimientos de accesibilidad: \_\_\_\_\_  
(se evaluarán con el área de inclusión y calidad de vida de la UNL)

**Por favor, marque lo que corresponda:**

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
01	<b>Enfermedades cardiovasculares</b>		
	- Cardiopatías congénitas		
	- Arritmias		
	- Hipertensión arterial		
02	<b>Enfermedades endocrino-metabólicas</b>		
	- Obesidad		
	- Diabetes		
03	<b>Problemas respiratorios</b>		
	- Asma		
	- Broncoespasmos		
	- Laringitis recurrente		
04	<b>Problemas neurológicos</b>		
	- Convulsiones o epilepsia		
	- Trastorno del espectro autista		
	- Trastorno de la conducta		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
05	<b>Alergias</b>		
	- Medicamentos		
	- Insectos		
06	<b>Enfermedades gastrointestinales</b>		
	- Celiacía		
	- Alergias o intolerancia a alimentos		
07	<b>Antecedentes</b>		
	- Fractura o luxación		
	- Lesión ligamentosa		
08	<b>Otras enfermedades crónicas o de base</b>		
09	<b>Medicación de uso habitual</b>		
10	<b>Vacunación completa</b>		

**SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS**

Tipo de afección \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS**

Certifico que \_\_\_\_\_, DNI Nº \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las \_\_\_\_\_ hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o responsable  
DNI Nº. \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico  
Fecha: ...../...../.....