

METABÓLICO

Hipertiroidismo: Si / No Hipotiroidismo: Si / No

Diabetes: Si / No Hipercolesterolemia: Si / No

Otras: Tratamiento: Si / No

Observaciones:

¿Está usted embarazada? Si / No Fecha de parto: / /

¿Tiene alergia a algún medicamento? Si / No

¿Fue hospitalizado en el último año? Si / No

Causa:

Fuma: Si / No Bebe: Si / No

¿Padece dolores de cabeza frecuentes? Si / No

¿Trastornos de ansiedad? Si / No

¿Obesidad? Si / No

¿Realiza algún plan alimenticio? Si / No

Toda persona que realice alguna actividad física y/o deportiva en el establecimiento deberá presentar al profesional a cargo de la dirección/supervisión del local un certificado médico en que se determine su aptitud física para las actividades a desarrollar. Este será archivado en el local junto a su ficha oficial, con una validez de un año. Queda usted notificado.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son veraces y completo, no habiendo, el que suscribe, omitido ni falseado dato alguno.

Las lesiones físicas y / o muerte provocadas como consecuencia de la práctica deportiva en si misma, son asumidas como riesgo físico propias de la actividad realizada y / o deporte, por las personas que voluntariamente lo practiquen, eximiéndose este establecimiento de toda responsabilidad y posibilidad al respecto.

Los padres de los alumnos practicantes menores de edad deberán suscribir el presente documento en nombre y representación de sus hijos.

Recuerde comunicarnos sobre toda otra información que, relacionada a lo antes expuesto, pueda surgir posteriormente a la confección de esta declaración jurada de salud.

La documentación aquí firmada quedará a cargo y resguardo de la institución.

Dicha ficha debe estar adjuntada al examen médico pertinente que indique la aptitud, dentro de los 30 días desde la fecha de inicio. La ficha tiene validez por un año, siendo necesario renovarla.

Firma solicitante

Aclaración

DNI

Fecha

Autorización de menor para participar de las actividades del Club Puertos

Yo.....DNI.....madre/padre/tutor de
..... DNI..... menor de edad, autorizo a que
realice la actividad de..... en el establecimiento Club Puertos. Teniendo
total conocimiento de que hay riesgos involucrados en las actividades, implicados en todos los
aspectos de la preparación física y el deporte.

También doy permiso completo para que, en caso de ser necesario, se le administren los
primeros auxilios que se considere pertinentes, y en caso de enfermedad o lesión grave, doy
permiso para llamar a la atención médica y quirúrgica para el niño y/o transportar al niño a un
centro médico cuando se considere necesario para el bienestar del niño.

Firma de madre/padre/tutor

Aclaración

DNI

Fecha