

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
DNI:	Obra Social:	N°:
Domicilio:	Localidad:	C.P:
Propietario en Puertos: Si / No	Barrio:	
Lote:	Tel / Cel:	
Profesión:	E-mail:	
Teléfono y nombre de la persona a contactar en caso de emergencia:		

### Aptitud Física:

Si padece alguna afección en algunos de los siguientes sistemas orgánicos, marque y especifique.

### CARDIOCIRCULATORIO

Hipertensión: Si / No   Soplos: Si / No   Intervenciones quirúrgicas: Si / No   Marcapasos: Si / No   Infartos: Si / No  
Otras: .....   Tratamiento: Si / No   Observaciones: .....

### RESPIRATORIO

Asma: Si / No   Bronco Espasmos: Si / No   Afecciones en vías respiratorias crónicas: Si / No  
Otras: .....   Tratamiento: Si / No   Observaciones: .....

### LOCOMOTOR

Fracturas: Si / No   Luxaciones: Si / No   Esguinces: Si / No   Lesiones musculares o tendinosas: Si / No  
Escoliosis: Si / No   Cifosis: Si / No  
Otras: .....   Tratamiento: Si / No   Observaciones: .....

### 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   ¿Padece trastornos de ansiedad? Si / No   ¿Padece 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

La ficha de aptitud física debe estar adjuntada al examen médico pertinente que indique la aptitud. Dicha ficha tiene validez por un año, siendo necesario renovarla.



**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