

Datos Personales del Participante									
Apellido:			Nombre:				DNI:		
Fecha Nacimiento: / /		Grupo Sanguíneo:				Factor:			
Domicilio:					Telef. Particular:				
Localidad:			Provincia:			Telef. Celular:			
Obra Social:					N° Afiliado:				
Domicilio:					Telefono:				
Mail:					Nacionalidad:				
Vacuna contra COVID		<input type="checkbox"/> SI	dosis		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> NO
Datos Deportivos									
Deporte/s que practica:						Institución:			

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						Peso			
Frecuencia Respiratoria Basal						Altura			
Tensión Arterial Basal						Talla sentado			
Realiza Actividad Física?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cual: _____			
Con que frecuencia:		1 - 2 - 3 - 4	veces x semana			Todos los días			
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?								si	no
Cual?		ECG	<input type="checkbox"/>	Ergometría	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	RMN	<input type="checkbox"/>
		Estudios de Laboratorio		<input type="checkbox"/>					
_____ Firma y Sellos del Médico					_____ Lugar, fecha y hora				

Declaro verídicos los datos proporcionados en el presente cuestionario.
 Autorizo la cesión de mi 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 Participante

Aclaración y DNI