



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		<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

**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	<input type="checkbox"/>
<b>¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?</b>			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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	

Según mi leal consentimiento, autorizo a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ a viajar y participar de los JUEGOS BONAERENSES 2024. 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