



Fecha ____|____|____ N° ____

Apellidos : _____ Nombres: _____

Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

Grupo Sanguineo: _____ Factor R. H.: _____

DATOS DE OBRA SOCIAL / COBERTURA MÉDICA (Adjuntar fotocopia de credencial y Certificado de Vacunación)

Obra Social / Prestador: _____ Plan: _____ N° _____

Tel. Urgencias: _____ Derivar a: _____

Por Urgencias llamar a: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (A completar por el Médico)

Perdida de Conocimiento y Convulsiones: _____

Sanguineos: _____

Oculares: _____

Cardiacos: _____

Hipertensión Arterial: _____

Urogenitales: _____

Gastrointestinales: _____

Alergias: _____

Asma: _____

Observaciones: _____

Certifico y declaro que: _____ con DNI N° _____

no presenta a la fecha contraindicaciones para realizar actividades físicas / deportivas / natación de nivel recreativo de acuerdo con su edad, encontrandose en condiciones de salud aptas para desarrollar las prácticas antes enunciadas.

Firma y sello del Médico

Los datos anteriormente mencionados, poseen carácter de declaración jurada, toda omisión o falsedad de los mismos, queda bajo la absoluta responsabilidad del que suscribe. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.