



Por intermedio de la presente declaro la veracidad de los datos de salud que expongo a continuación:

APELLIDO Y NOMBRE		D.N.I
EDAD:	SOCIO N°	T.E.
T.E. DE URGENCIAS:		DOMICILIO:

Soplos	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Faringitis	<input type="checkbox"/>	Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Diarreas	<input type="checkbox"/>	Rinitis	<input type="checkbox"/>	Fimosis	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	Neumopatías	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Dolor tórax	<input type="checkbox"/>			Otitis	<input type="checkbox"/>		
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>
Ausencias	<input type="checkbox"/>	Enf. Tiroideas	<input type="checkbox"/>	Micosis	<input type="checkbox"/>	Cifosis	<input type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>			Psoriasis	<input type="checkbox"/>	Lordosis	<input type="checkbox"/>	Estrabismo	<input type="checkbox"/>
Trast. de Conducta	<input type="checkbox"/>					Dolor articular	<input type="checkbox"/>	Anteojos	<input type="checkbox"/>
Trau. de Craneo	<input type="checkbox"/>								
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<b>Alergias:</b>							
Esguince	<input type="checkbox"/>	1) Medicamentosa:.....							
Luxaciones	<input type="checkbox"/>	2) Alimentaria:.....							
		3) Otras: .....							

Antecedentes Quirúrgicos:
---------------------------

Medicación:
-------------

Tiene el Plan de Vacunación Completo: SI  NO

1) Declare si en los últimos 60 días sufrió de fracturas, traumatismos, mononucleosis, hepatitis, alteraciones cardíacas u otras enfermedades:

---



---

2) El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento - Campo Municipal de Deportes - cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

San Isidro, ..... de ..... de .....

Firma (Padre - Madre o Tutor) .....

Aclaración .....

D.N.I.: .....