

**MUNICIPALIDAD DE SAN ISIDRO**  
**Secretaría de niñez, adolescencia y familia**  
**Subsecretaría de Deportes**

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

APELLIDO Y NOMBRE:		F. NAC...../...../.....
D.N.I.		ID:
TELÉFONOS:	TEL. URGENCIA:	
DOMICILIO:		

<input type="checkbox"/> Soplos	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ Ausencias/ Epilepsia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Arritmia		Enf. Tiroideas	<input type="checkbox"/> Micosis
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enf. Neurógicas/ Neurodigestivas	<input type="checkbox"/> Alergias medicam. Alimentarias u otras	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Trastornos de la Conducta/ Psicopatológicas	<input type="checkbox"/> Diarreas crónicas	<input type="checkbox"/> Desviaciones de la columna
<input type="checkbox"/> Enf. Sistémicas/ autoinmunes	<input type="checkbox"/> Asma/EPOC/ Broncoespasmos	<input type="checkbox"/> Hernia/Eventración	<input type="checkbox"/> Artrosis severa/ artritis
<input type="checkbox"/> Tumores/ Neoplasias	<input type="checkbox"/> Otras Neumopatías	<input type="checkbox"/> Epistaxis a repetición	<input type="checkbox"/> Otitis a repetición

Otras patologías / Observaciones:

.....

.....

Certificado único de discapacidad

Antecedentes Quirúrgicos: .....

Medicación:.....

Fecha de la última vacuna ANTITETANICA:.....

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

.....

.....

DDJJ EMERGENCIA COVID-19 / Declaro no manifestar síntomas compatibles con Covid-19 y ninguno del grupo familiar más cercano (tos, fiebre, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, pérdida del gusto, pérdida del olfato). Ante la primera sospecha asumo la responsabilidad de que no asistiré al establecimiento, aislándome preventivamente y tomando las medidas correspondientes e informar debidamente al campo de deportes.

San Isidro.....de.....de 20.....

Firma (Padre, Madre ó Tutor).....

Aclaración.....

D.N.I.....