

DATOS PERSONALES

_____ / _____

Datos Personales del Deportista (Para ser completado por los Padres si es menor)

Apellido: _____ Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento / / DNI N°: _____

Lugar Nac.: _____ Domicilio: _____ N°: _____ P: _____ Dto.: _____

Ciudad: _____ CP.: _____ Tel: _____

Correo electrónico: _____

Historia Deportiva

Practica Deportes desde los _____ años. Deporte actual: _____

Deportes practicados: _____

Entrenamiento: Días por semana: _____ Horas por día: _____

Entrenamientos complementarios. Detalla: _____

Antecedentes Personales Patológicos

Descripción

	Si	No
Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxaciones y otras lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas - Esguinces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades e los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre neumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis - Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis - Otitis - Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecc. respiratorias recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologías de la infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis - Enferm. del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibio transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza - Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones - Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción

	Si	No
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplos al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades glandulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza alguna medicación. Cuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingiera 4 comidas diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuántas horas por día duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detallar lo positivo _____

Antecedentes Familiares Patológicos _____ / _____

Lugar _____ / _____ / _____

Tienen o han tenido?

	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Enfermedades alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores o Enfermedades tumorales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes - Obesidad Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones - Epilepsia - Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades musculo-esqueleticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre y ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte Súbita (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipemias o enfermedades metabólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detallar lo positivo

DECLARACIÓN

La confección del presente formulario de identificación, y la consignación de los Antecedentes de Salud titulados como Antecedentes Personales Patológicos y como Antecedentes Familiares Patológicos, revisten carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente al deportista si es mayor de edad, y a los padres o tutores en el caso de deportistas menores de edad, liberando de toda responsabilidad jurídica al Profesional actuante, y / o cualquier otra Institución o Asociación Deportiva a la que el deportista pertenezca o represente declarando bajo fe de juramento que los datos detallados que anteceden dados por mi, son verídicos y correctos, siendo los mismos la fiel exposición de la verdad, y me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o cualquier actividad física dando fe que conoce los riesgos que puede ocasionar la práctica deportiva que realiza.

Lugar, Fecha y Hora _____

Firma del Deportista
Aclaración y N° DNI

Firma del Padre, Madre, Tutor ó Encargado
Aclaración y N° DNI
(Solo en caso de ser menor)