

Declaración Jurada de Antecedentes Médicos

Apellido Roldan Nombre Juan Pedro
 DNI 44119408 Fecha de nacimiento 28/04/2003 Edad 20
 Domicilio Araucario 129 Provincia Córdoba Localidad Córdoba
 Tel: 2302 - 210720 e-mail roldan.juan2003@gmail.com
 Equipo Sp. Provincial Categoría Libre

Antecedentes de enfermedad

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. alguna vez algún médico le prohibió la práctica de deportes?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. En la actualidad se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Padece de asma, diabetes, Hipertensión arterial u otra enfermedad?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. alguna vez estuvo internado por algún motivo?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. alguna vez se sometió a una cirugía?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Tiene alergias a medicamentos, clima, insectos, polen, alimentos?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. alguna vez se desmayó durante o después de una actividad física?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. alguna vez sintió dolor o presión en el pecho durante la actividad?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. alguna vez el médico le dijo que tiene presión arterial alta?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. alguna vez el médico le dijo que tiene un soplo cardíaco?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. alguna vez el médico le indicó alguna prueba cardíaca?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

13. Algún familiar padece enfermedades crónicas o cardíacas?.....
14. Alguna vez ha tenido convulsiones?.....
15. Nació sin o le falta un riñón, testículo, o cualquier otro órgano?.....
16. Usa anteojos o lentes de contacto?.....
17. Existe alguna razón por la que usted no debería hacer actividad deportiva?.....
18. Alguna vez se quebró o tuvo alguna lesión articular? En que lugar?.....

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL			
Ritmo	<i>Sin</i>	Frecuencia	<i>60</i> lpm
PQ	<i>0,2</i>	Arritmias	<i>-</i>
Observaciones:		Eje QRS	<i>+60</i>
		Trazado Normal	<i>Si</i>

ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO (Obligatorio a partir de los 40 años)

<p>Habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes de Enfermedad" consignados en el anverso, realizados los estudios citados precedentemente y efectuada la evaluación clínica/médica correspondiente, el Sr. <i>...</i> DNI n° <i>...</i> es <u>APTO</u> / NO APTO para la práctica deportiva de fútbol amateur.</p>	<p><i>Dra. Luis A. Aguelon</i> MÉDICO CIRUJANO M.P. 34090</p> <p><i>21/02/24</i></p> <p>Firma y Sello del Médico Fecha</p>
<p>Esta certificación tiene validez por el año en curso a partir de la fecha de emisión y es válida sin enmiendas sólo en original</p>	

Por la presente declaro que no he tenido ni tengo prohibido la práctica de ningún deporte por razones médicas. Toda la información que he suministrado la realizó en carácter de declaración jurada.

Autorizo en caso de emergencias a cualquier persona calificada designada por la organización del evento me haga tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

Fecha de emisión *20-02-23*

Firma *[Firma]*

Aclaración *Padre Juan Pedro*

DNI *44119408*