

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA SOCIOS CLUB IRENE – COMARCAS DE LUJÁN

Nombre y Apellido: _____ / _____ / _____ Edad: _____ DNI N°: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Tel: _____
 Domicilio actual: _____ E-Mail: _____
 Deporte: _____

En caso de urgencia llamar a:

Nombre y Apellido: _____ Tel 1: _____
 Domicilio actual: _____ Tel 2: _____
 Relación/parentesco: _____

Examen Físico

Peso _____ Talla: _____
 Tensión Arterial: _____ Soplos: _____

Observaciones: _____

Antecedentes Personales Patológicos (marque con una “x” según corresponda y detallar)

Enfermedades	SI	NO	¿Cuál?		SI	NO	¿Cuál?
Cardíacas				Infecciosas			
Respiratorias				Oftalmológicas			
Osteomioarticulares				Auditivas			
Endocrinas				Obesidad			
Digestivas				Cirugías			
Neurológicas				Alergias			
Psiquiátricas				Fracturas - Esguinces - Luxaciones			
OTRAS							

¿Durante la actividad física sufrió o sufre?

Alcohol:

	SI	NO
Dolor de pecho		
Palpitaciones		
Mareos		
Falta de aire		
Desmayos		

Carnet de vacunación

Completo ☐ Incompleto ☐

Fecha de última antitetánica: / / Fecha

de última hepatitis B: / /

Medicación actual – Suplementación SI TOMA:

Antecedentes Personales Tóxicos:

Fuma: _____ Cuántos cigarrillos _____
 por día: _____

Antecedentes Familiares Patológicos (marque con una “x” según corresponda y detallar)

	SI	NO	¿Cuál?		SI	NO	¿Cuál?
Muerte súbita antes de los 50 años				Enfermedades tumorales			
Enfermedades cardiovasculares				Enfermedades respiratorias			
Enfermedades metabólicas				Enfermedades de la sangre			
Enfermedades neurológicas				Otras			

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente al deportista, o padre o tutor si es menor de edad; liberando de toda responsabilidad jurídica administrativa, civil y/o penal al profesional actuante, al Fideicomiso club de campo Santa Irene Cuit 30-70964926-0, a la Soc. Adm. Club de campo Santa Irene S.A. Cuit 30-71236721-7 y a la Desarrolladora del nuevo Luján S.A. Cuit 30-70963018-7, declarando bajo juramento que los datos que anteceden dados por mí, son verídicos y correctos. Asimismo, me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión posterior a esta declaración jurada.

*Es indispensable que la firma se realice en presencia del médico que completará la ficha médica.

.....
 Firma, aclaración y DNI del deportista

.....
 Firma y sello del médico

.....
 Firma del padre/madre o tutor (p/menores de

FECHA:

