

Apto Medico Deportivo

datos para el médico - declaración jurada

FECHA/...../.....

FICHA PERSONAL

completar letra clara imprenta

Apellido, Nombre:

edad:

DNI:

seguro medico

celular

ciudad, provincia

profesión

numero de contacto

nombre y apellido

FICHA MEDICA ACTUALIZADA A HOY

VALIDAD 6 MESES SI / NO

¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?

ASMA: SI / NO

DIABETES SI / NO

HEPATITIS SI / NO

ALERGIAS SI / NO

HIPERTENSION ARTERIAL: SI / NO

¿Se encuentra en algún tratamiento médico? SI / NO CUAL?

Sufrió alguna enfermedad durante los días previos: si / no cuál?

Tiene algún impedimento físico: SI / NO CUAL?

FECHA DE SU ULTIMO CONTROL MEDICO:/...../.....

COBERTURA MEDICA: SI / NO ¿CUAL?

N° DE AFILIADO:

TELEFONO DE EMERGENCIA:

IMPORTANTE: SI HAY DATOS QUE CONSIDERE DE INTERES MEDICO, detalle aquí

FIRMA

ACLARACION

IMPORTANTE: Ud. Debe imprimir, completar y firmar este documento y presentarlo al personal de la organización de la carrera durante el proceso de acreditación - reemplaza al CERTIFICADO MEDICO

firma del médico

aclaráción/sello

(m.p.)(m.n)

