



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD 2024

Deporte/Actividad _____ Lugar _____

NOMBRE Y APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E-MAIL PROPIO O DE UN FAMILIAR
DOMICILIO		TELÉFONO 1	TELÉFONO 2

+ ANTE UNA URGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2
-------------------	------------	------------	------------

+ FICHA MÉDICA. Marcar, según corresponda, si padece o ha padecido en los últimos 3 meses:

	SÍ	NO		SÍ	NO
ENFERMEDADES ÓSEO-ARTICULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES ERUPTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOBIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL/ES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿A QUÉ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿RECIBE TRATAMIENTO?

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ NO ¿CUÁL/ES?

¿TOMA MEDICACIÓN PERMANENTE? SÍ NO ¿PARA QUÉ?

¿CUÁL/ES? _____ HORARIO Y DOSIS _____

En el caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriores, deberá adjuntar certificado médico que habilite la realización de la actividad física a la cual se ha inscripto.

+ VACUNACIÓN CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO SI NO VACUNA COVID-19 SI NO

La información suministrada reviste carácter de Declaración Jurada, por lo tanto la Municipalidad de Berazategui, como la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario, Recreación, Turismo y Deportes, quienes organizan la actividad, quedan eximidos de cualquier tipo de responsabilidad frente a eventualidades que sufra el/la participante ocasionadas por afección y/o enfermedad que ya padeciera al momento de la firma de este documento y no se haya declarado, o que sufra con posteridad y no se haya dado aviso en forma fehaciente.

+ AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

Autorizo a mi hijo/a _____ DNI _____ a participar del Deporte o actividad recreativa _____ en las instalaciones del _____

Autorizo a que mi hijo sea asistido por un médico y, en caso de ser necesario, sea trasladado a un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) o al Hospital Evita Pueblo.

Autorizo también a que mi hijo/a, en el marco de la práctica de las actividades deportivas o recreativas, pueda ser registrado a través de imágenes fotográficas y audiovisuales para ser difundidas por el Municipio, a través de diferentes canales de información.

La información suministrada reviste carácter de Declaración Jurada, por lo tanto la Municipalidad de Berazategui, como la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario, Recreación, Turismo y Deportes, quienes organizan la actividad, quedan eximidos de cualquier tipo de responsabilidad frente a eventualidades que sufra el niño/a ocasionadas por afección y/o enfermedad que ya padeciera al momento de la firma de este documento y no se haya declarado, o que sufra con posteridad y no se haya dado aviso en forma fehaciente del Padre/Madre o Tutor Legal.

Firma Padre/Madre/Tutor

Aclaración

DNI

+ REVISACIÓN MÉDICA PEDICULOSIS SI NO MICOSIS SI NO OTRAS _____

Firma del Médico