

Fecha: / /

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES CLINICOS



Nombre:		
Cumple el día:	del mes de:	D.N.I.:
Dirección:		CP:
Teléfono:	Celular:	
e-mail:		
Altura:	Peso:	Obra Social/Prepaga:
En caso de emergencias comunicarse con:		al tel.:

Padece alguna de las alteraciones y/o enfermedades que se mencionan a continuación?

(Marcar con una cruz)

	SI	NO
Reacciones alérgicas (Necesito atención médica)		
Mareos		
Desmayos, desvanecimientos, síncope (Describir en que circunstancias)		
Convulsiones		
Hemorragias		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar, asfixia		
Dolor, Ardor en el pecho		
Embarazo, aborto (en los últimos 60 días)		
Cirugías (en los últimos 60 días)		
Problemas Osteo-musculares: torceduras, esquinces, fracturas, luxaciones (últimos 60 días)		
Asma		
Hipertensión Arterial (Presión Alta)		
Hipotensión Arterial (Presión Baja)		
Enfermedades Cardíacas		
Epilepsia		
Diabetes		
Trastornos Endocrinos (hipotiroidismo, hipertiroidismo)		
Trasornos de la coagulación de la sangre		
Osteoporosis		
Cualquier otra condición médica		
Consume:		
Medicación prescrita o no prescrita? (Indicar dosis y días)		
Drogas de abuso		
Cigarillos (cuantos por día, desde cuando)		

Aclaraciones:

Declaro que las respuestas son verdaderas y me hago responsable si he falseado u ocultado la verdad, así mismo, quedo obligado a denunciar toda circunstancia nueva que pueda influir o alterar esta información, como así también a evitar toda situación de exceso o riesgo en la práctica de gimnasia, realizando las tareas acorde a mi capacidad y respetando las indicaciones de los profesores. **Manifiesto tener apto médico a los fines de realizar actividades físicas.**

Firma

Aclaración