

**FICHA DE ANTECEDENTES DE
SALUD
TEMPORADA 2025**

Apellido y Nombre:.....

Nº DNI:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Edad:.....

Tel é f. Jugadora:.....

Tel é fonos/celulares alternativos (padre-madre-tutor):.....

A- ANTECEDENTES

- **Frecuencia cardíaca:**
- **Tensión arterial:**
- **Peso:** **Altura:**
- **Altura:**
- **Grupo sanguíneo:**

B- Padece alguna de las siguientes enfermedades: Sí No

- Metabólicas (diabetes)
- Cardiopatías
- Respiratorias
- Hernias
- Alergias
- Dificultades de la visión
- Dificultades auditivas
- Desviaciones de columna

C Alguna situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?:

D ¿Toma medicamentos en forma permanente?: Sí No
Cual:.....

TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS:

E- ¿A realizado actividad física? ¿Cuales? ¿ De qué tipo?

.....
.....

POSEE COBERTURA MÉDICA:

¿ cuál ?..... **Nº de afiliado:**.....

FIRMA :

ACLARACION:.....

DNI:.....

(Padre, Madre, Tutor)

**SE TOMARÁN FOTOS DE LAS DELEGACIONES PARA REGISTRO DEL EVENTO,
PODRÁN SER PUBLICADAS EN REDES SOCIALES.**