

Apto Medico Deportivo

datos para el medico - declaracion jurada

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

FICHA PERSONAL

completar letra clara imprenta

Apellido , Nombre :

edad: DNI: seguro medico

celular ciudad, provincia profesion

numero de contacto

nombre y apellido

FICHA MEDICA ACTUALIZADA A HOY

VALIDAD 3 MESES SI / NO

Padece o padecio alguna de estas enfermedades?

ASMA: SI / NO DIABETES SI / NO HEPATITIS SI / NO ALERGIAS SI / NO

HIPERTENSION ARTERIAL: SI / NO ¿Se encuentra en algun tratamiento medico? SI / NO CUAL?

Sufrio alguna enfermedad durantes los dias previos: si / no cual?

Tiene algun impedimento fisico: 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 en la oficina de carrerar durante el proceso de acreditacion - remplaza al CERTIFICADO MEDICO

firma del medico

aclaracion

(m.p.)(m.n)