

## Datos Personales

DNI		Fecha Nacim	...../...../.....	Edad	.....	Sexo	M	F
Apellido		Nombre				Tele.		

## Datos Deportivos

Club al que Representa en Básquet	.....	años	Cant.Dias Entrenamiento	Cant.Horas Entrenamiento p/día
Practico Deportes desde los				
Otros Deportes				

## Antecedentes Personales Patológicos - Enfermedades Preexistentes- (Declaración Jurada)

Marque con X según corresponda

Si	No	Enfermedades congénitas	Fracturas - Esguinces	Varicela
		Enfermedades articulares	Dolores de Cabeza - Mareos	Sarampión
		Enfermedades de los huesos	Perdida de conocimiento	Rubeola
		Enfermedades alérgicas	Deshidratación	Paperas
		Enfermedades digestivas	Soplos del corazón	Hepatitis
		Enfermedades renales	Hipertensión arterial	Consume alcohol ?
		Enfermedades genitales	Diabetes	Consume tabaco ?
		Enfermedades neurológica	Infecciones urinarias	Consume algún tipo de drogas ?
		Enfermedades psiquiátricas	Asma	
		Enfermedades cardíacas	Sinusitis - Otitis - Anginas	
		Enfermedades sangre	Enfermedades respiratorias	
		Enfermedades glandulares	Sinusitis - Otitis - Anginas	

Intervenciones quirúrgicas. Cuales: ..... Toma algún Tipo de Medicación. Cuales: .....

## Antecedentes Familiares Patológicos (Declaración Jurada)

En la Actualidad viven	Padre		Madre		Hnos		Abuelos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Tienen o han tenido:								
Enfermedades alérgicas - Asma								
Enfermedades tumorales								
Enfermedades del corazón								
Enfermedades neurológicas								
Enfermedades renales								
Enfermedades de la sangre								
Hipertensión arterial								
Diabetes								
Obesidad								
Otras								

La confección del presente formulario de identificación, y la consignación de los Antecedentes de Salud que figuran titulados como Antecedentes Personales Patológicos y Antecedentes Familiares Patológicos, revisten carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de esas declaraciones responsabilizan directamente al deportista si es mayor de edad y a los padres o tutores en el caso de deportistas menores de edad, librando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante, a la Federación Regional de Basquetbol de Capital Federal y/o a cualquier otra Institución o Asociación Deportiva a la que pertenece o representa declarando bajo fe de juramento que los datos detallados que anteceden dados por mi son verídicos y correctos, siendo los mismo la fiel exposición de la verdad, y me comprometo informar enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o cualquier actividad física.

## Firma del Deportista

Aclaración y DNI

## Lugar y Fecha

Profesional Medico

## Firma del Padre/madre/Tutor/Encargado

Aclaración y DNI

Evaluación odontológica de la cavidad bucal (para Todos)	Electrocardiograma Basal con Informe (de PreMini a u-17)
Laboratorio (Hemograma completo-Glucosa-Machado Guerreiro-Clesterol (de u-15 a Veteranos)	Electrocardiograma de Esfuerzo (de u-19 a Veteranos)

Vacunación	Si	No	(Completa)	Talla	
Grupo Sanguíneo Factor Rh	.....			Peso	

Certifico conforme al resultado de los exámenes arriba indicados que la persona se encuentra APTO para para la practica deportiva de acuerdo a su edad

en la ciudad de, ..... en el día ...../...../.....

MEDICO Firma

FEDERACION DE BASQUETBOL DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

MEDICO sello

FEDERACION DE BASQUETBOL DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

FEDERACION DE BASQUETBOL DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

FEDERACION DE BASQUETBOL DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES