

Datos Personales del Participante

Apellido: _____ Nombre: _____ DNI: _____
 Fecha Nacimiento: / / Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____
 Domicilio: _____ Provincias: _____ Telef. Particular: _____
 Localidad: _____ N° Afiliado: _____
 Obra Social: _____ Telefono: _____
 Domicilio: _____ Nacionalidad: _____
 Mail: _____
 Vacuna contra COVID SI dosis 1 2 3 4 NO

Datos Deportivos

Deporte/s que practica: _____ número de matrícula: _____
 colegio: _____

Historia clínica

Para ser llenado por el Médico

marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Familiares con muerte súbita	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades respiratorias	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades metabólicas	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades cardiovasculares	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades articulares	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades neurológicas	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Enfermedades actuales	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Cirujías recientes	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Toma medicación	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Tuvo episodio de desmayo o síncope	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Dolor en el pecho	detalle: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Es alérgico a:	_____

Evaluación clínica

Frecuencia Cardíaca Basal _____ Peso _____
 Frecuencia Respiratoria Basal _____ Altura _____
 Tensión Arterial Basal _____ Talla sentado _____

Realiza Actividad Física? SI NO Cual: _____
 Con que frecuencia: 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días SI NO
 ¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?
 Cual? ECG Ergometría TAC RMN Estudios de Laboratorio

Firma y Sellos del Médico

Lugar, fecha y hora

Declaro verídicos los datos proporcionados en el presente cuestionario.
 Autorizo la cesión de mi imagen a la Organización de las Olimpiadas Nacionales de Arquitectos, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.