



Federación Rosario de Natación

E. Zeballos 2487 PB Tel/Fax: (0341) 4249194 2000 Rosario
E mail: fnatacion@fibertel.com.ar Web: www.rosariotanador.com

Datos Personales del Deportista			
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:	
F. de Nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Factor:	
Domicilio:	Provincia:		Tel. Particular:
Localidad:	Nº Afiliado:		Tel. Celular:
Obra Social:	D.N.I.:		
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	Tel. de Contacto:		
Domicilio:			

Historia Clínica (*)
 Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	45	<input type="checkbox"/>	Consume Alcohol
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	46	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubéola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación

Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas	

Calendario de Vacunación Completo

SI NO
 Completar al dorso dosis faltantes

Certifico que..... de..... años de edad, cuya historia clínica queda en....., ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Según mi leal consentimiento autorizo a, D.N.I.: a viajar y participar del Torneo de Natación y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Presidente de la Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia.

 Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

 Aclaración y D.N.I.

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción