

NIÑOS · CONSTANCIA DE SALUD

DATOS PERSONALES (completar por los padres)

Apellido y nombres		DNI
Fecha de nacimiento / /	Edad	Disciplinas deportivas
Domicilio actualizado	Teléfono de aviso a los padres	

ANTECEDENTES FAMILIARES (completar por los padres)

Enf. cardiovasculares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Muerte súbita SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enf. respiratorias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enf. neurológicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

EXAMEN GENERAL (completar por el médico)

Alergias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿A qué?	Vacunas completas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cirugías SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	Enfermedades crónicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Se deja constancia de haber atendido al niño/a antes mencionado quien, de acuerdo al examen físico realizado en el día de la fecha a las _____ horas, (cuya historia clínica queda en mi poder) aparece en condiciones de salud adecuadas para realizar actividad física habitual de tipo recreativa y/o deportiva **no competitiva ni de alto rendimiento**, acorde a su edad, sexo, grado de maduración, desarrollo y capacidades.

Rauch, / / 20

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO