

FEDERACION BONAERENSE DE CANOAS Y KAYAKS

Personería Jurídica N° 20.540

Domicilio administrativo: Av. Dorrego 771 (7.000) TANDIL - Pcia. de Bs. As.

Tel.: 011 15 6153-7393 / 02244 15 438613

Email: febocak@gmail.com

FICHA DE AUTORIZACIÓN Y DE SALUD

Nota: se debe adjuntar con la presente planilla fotocopia de dni y fotocopia de certificado de vacunación covid (optativo).

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I.:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....CODIGO POSTAL:.....

LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....

GRUPO Y FACTOR:.....

ES ALERGICO? SI – NO (Describir a que es alérgico):.....

.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

NOMBRE Y APELLIDO:.....

NÚMERO TELÉFONO:.....

NOMBRE Y APELLIDO:.....

NÚMERO TELÉFONO:.....

OBRA SOCIAL O PREPAGA:.....

NRO. DE CREDENCIAL:.....TEL. URGENCIAS:.....

LUGAR PREFERENTE DE ATENCIÓN:.....

Breve historia clínica (Remarcar lo que corresponde y completar)

¿Tiene algún tipo de alergia? SI – NO ¿A qué?:.....

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI – NO

¿Cuáles? (marque con una X):

Apendicitis

Amigdalitis

Hernia

Otra:.....

¿Tuvo fracturas, esguinces o luxaciones? SI – NO Especificar lesión y fecha:.....

¿Tiene el plan de vacunación completo? SI – NO ¿Cuál le falta dar?:.....

Enfermedades que tiene o suele tener: (Remarcar lo que corresponde)

Afecciones de nariz: SI – NO

Afecciones de los ojos: SI – NO

Asma: SI – NO

Diabetes: SI – NO

Desmayos: SI – NO

Epilepsia: SI – NO

Resfríos: SI – NO

Sinusitis: SI – NO

Tos convulsa: SI – NO

Trastornos hepáticos: SI – NO

Otras: SI – NO. Cuál?

Afecciones de los oídos: SI – NO

Afecciones de la piel: SI – NO

Bronquitis: SI – NO

Constipación: SI – NO

Enuresis: SI – NO

Neumonía: SI – NO

Reumatismo: SI – NO

Sonambulismo: SI – NO

Trastornos digestivos: SI – NO



FEDERACION BONAERENSE DE CANOAS Y KAYAKS

Personería Jurídica N° 20.540

Domicilio administrativo: Av. Dorrego 771 (7.000) TANDIL - Pcia. de Bs. As.

Tel.: 011 15 6153-7393 / 02244 15 438613

Email: febocak@gmail.com

Enfermedades padecidas a la fecha: (Remarcar lo que corresponde)

Difteria: SI – NO.

Disentería: SI – NO.

Eruptivas: SI – NO.

Escarlatina: SI – NO.

Hepatitis: SI – NO.

Paperas: SI – NO.

Poliomielitis: SI – NO.

Rubéola: SI – NO.

Sarampión: SI – NO.

Varicela: SI - NO.

Covid: SI – NO (Indicar fecha:...../...../.....)

Otras: SI – NO. Cuál?.....

¿Tiene alguna aclaración que debemos tener en cuenta? SI - NO En caso afirmativo detallar:.....

Tuvo alguna vez: (Remarcar lo que corresponde)

Dolor de pecho: SI – NO.

Palpitaciones: SI – NO.

Pérdida de conocimiento: SI – NO.

Otro episodio a tener en cuenta SI – NO. Cuál?.....

Remedios que consume habitualmente.....

EXAMEN CLÍNICO. Debe ser completado por Médico de Cabecera (Estatal o Privado) /Médicos de CAPS / CEF o Seguro Público de Salud.

Determinación de: Talla:

Peso:

- Frecuencia Cardíaca:
- Tensión Arterial.....
- Aparato Respiratorio.....
- Aparato Cardiovascular.....
- Aparato Locomotor/Postural.....
- Prueba ergométrica graduada.....
- Ecocardiograma.....
- E.C.G.....
- Estudios de Laboratorio.....

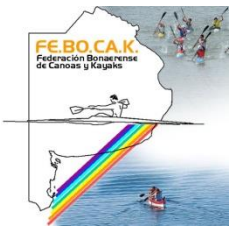
Otros:.....

Certifico que.....DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha. -

Firma del Médico

Sello Fecha:/...../.....



FEDERACION BONAERENSE DE CANOAS Y KAYAKS

Personería Jurídica N° 20.540

Domicilio administrativo: Av. Dorrego 771 (7.000) TANDIL - Pcia. de Bs. As.

Tel.: 011 15 6153-7393 / 02244 15 438613

Email: febocak@gmail.com

Para ser completado por padre/madre/tutor, de aquellos deportistas menores de edad.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a, del cual constan sus datos en esta planilla, a participar de las actividades deportivas fiscalizadas por la Fe.Bo.Ca.K (Federación Bonaerense de Canoas y Kayaks).

Dejando expresa constancia y entendimiento, que la autoridad velará por la seguridad de mi hijo/a, eximiendo de toda responsabilidad en caso de accidente a los miembros de esta institución.

Apellido y Nombre de la madre/padre/tutor:.....

DNI:.....Teléfono:.....

Lugar y Fecha

Firma

Fe.Bo.Ca.K.
FEDERACIÓN BONAERENSE
DE CANOAS y KAYAKS

