

DATOS PERSONALES (A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE)

Apellido/s y Nombre/s:

Tipo y N° de documento:

Fecha de Nacimiento: Telefono

Domicilio: N°: Piso: Dpto:

Localidad:

Departamento: Provincia:

Posee cobertura médica / obra social: SI ☐ NO ☐ N° de afiliado/a:

Nombre de la obra social / prepaga:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto 1:

Apellido y Nombre:

Parentesco/Relación:

N° de contacto:

Contacto 2:

Apellido y Nombre:

Parentesco/Relación:

N° de contacto:

Contacto 3:

Apellido y Nombre:

Parentesco/Relación:

N° de contacto:

Al firmar este documento, autorizo a la institución a contactar a las personas arriba mencionadas en caso de necesidad

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

CICLO:.....



(A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE)

Marque lo que corresponda. En caso de ser menor de 18 años, la firma del padre, madre o tutor legal es obligatoria. Los datos suministrados serán tratados de manera confidencial y conforme a la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

- ¿Cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD)? SI ☐ NO ☐
Motivo / diagnóstico (opcional):
- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica (cardíaca, respiratoria, metabólica, neurológica, etc.)? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Presenta o ha presentado alteraciones de la presión arterial? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Toma medicación en forma habitual? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Tiene alergias (alimentarias, medicamentosas, ambientales u otras)? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Ha presentado o presenta trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, otros)? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Ha sufrido fracturas, esguinces, luxaciones o desgarros musculares? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- En relación con el ejercicio (durante o después ¿Ha presentado episodios tales como desmayo, pérdida de conocimiento, convulsiones, mareos intensos u otros)? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:
- ¿Existe alguna otra condición médica, tratamiento médico y/o psicofísico que considere importante informar especialmente para su propio cuidado y reserva? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, especifique:

**Declaro bajo juramento que los datos vertidos en el presente formulario son veraces y exactos.
Cualquier omisión o falsedad será de mi exclusiva responsabilidad.**

Firma del padre, la madre o el
responsable legal

Firma del Aspirante

Aclaración, DNI y vínculo

Aclaración

Fecha:-----