

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA DEPORTISTAS EN CONTEXTO COVID-19

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:    /    /

Edad:

DNI N°:

Tel:

Domicilio actual:

E-Mail:

Localidad:

Provincia:

**1) ¿Estuvo Ud. enfermo con diagnóstico confirmado de coronavirus covid-19? (marque con una "x")**

	SI		NO	
¿Cuándo?	← <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**2) ¿Tuvo contacto social con alguna persona con diagnostico confirmado de coronavirus covid-19 en los últimos 14 días? (marque con una "x")**

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3) ¿Actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas? (marque con una "x")**

	SI	NO		SI	NO
Fiebre (igual o mayor a 37,5 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida reciente del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida reciente del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas recientes en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas y/o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ATENCIÓN:** El artículo 205 del Código Penal de la Nación fija pena de prisión de seis meses a dos años "al que viole las medidas adoptadas por las autoridades competentes para impedir la introducción o propagación de una epidemia". Asimismo, el artículo 239 reprime "con pena de prisión de 15 días a un año al que resiste o desobedece a un funcionario público en el ejercicio legítimo de sus funciones o a la persona que le preste asistencia o requerimiento en virtud de una obligación legal". En tal sentido, el personal médico interviniente tiene la obligación de poner en conocimiento a las Fuerzas de Seguridad y/o a la Fiscalía de turno de si jurisdicción de cualquier hecho, acción u omisión que encuadre en los tipos penales mencionados en el párrafo presente.

**Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verídicos, aceptando que conozco y comprendo las obligaciones impuestas por las autoridades de la República Argentina, y las normativas de la Provincia de Córdoba, bajo apercibimiento de recibir las sanciones legalmente dispuestas para el caso de falsedad de mi declaración y/o incumplimiento de las medidas dispuestas.**

.....  
**Firma, aclaración y DNI del deportista**

.....  
**Firma del padre, madre o tutor**  
**(en caso de que sea menor de edad)**

**Lugar y Fecha:**

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA DEPORTISTAS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI Nº: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento:    /    /                      Edad:                      Tel: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Deporte: \_\_\_\_\_

**En caso de urgencia llamar a:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Tel 1: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_  
 Relación/parentesco: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales Patológicos (marque con una "x" según corresponda y detallar)**

Enfermedades	SI	NO	¿Cuál?		SI	NO	¿Cuál?
Cardíacas				Infecciosas			
Respiratorias				Oftalmológicas			
Osteomioarticulares				Auditivas			
Endocrinas				Obesidad			
Digestivas				Cirugías			
Neurológicas				Alergias			
Psiquiátricas				Fracturas - Esguinces - Luxaciones			
Genitourinarias				otras			

**¿Durante la actividad física sufrió o sufre?**

	SI	NO
Dolor de pecho		
Palpitaciones		
Mareos		
Falta de aire		
Desmayos		

**Carnet de vacunación:**

Completo  Incompleto

Fecha de última antitetánica:    /    /

Fecha de última hepatitis B:    /    /

**Antecedentes Personales Tóxicos:**

Tabaco  Alcohol

**Medicación actual – Suplementación:**

.....

**Antecedentes Familiares Patológicos (marque con una "x" según corresponda y detallar)**

	SI	NO	¿Cuál?		SI	NO	¿Cuál?
Muerte súbita antes de los 50 años				Enfermedades tumorales			
Enfermedades cardiovasculares				Enfermedades respiratorias			
Enfermedades metabólicas				Enfermedades de la sangre			
Enfermedades neurológicas				Otras			

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente al deportista, o padre o tutor si es menor de edad; liberando de toda responsabilidad jurídica administrativa, civil y/o penal al profesional actuante y a la Dirección de Deportes - SAE - UNC; declarando bajo juramento que los datos que anteceden dados por mí, son verídicos y correctos. Asimismo me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva federada o cualquier otra actividad física representando o en el ámbito de la UNC.

\*Es indispensable que la firma se realice en presencia del médico que completará la ficha médica.

.....  
Firma, aclaración y DNI del deportista

Fecha:    /    /

.....  
Firma del padre, madre o tutor  
(en caso de que sea menor de edad)

**FICHA MÉDICA**

Nombre y Apellido:  
Fecha de Nacimiento:    /    /  
Domicilio actual:  
Localidad:

Edad:  
Provincia:

DNI N°:  
Tel:  
E-Mail:  
Deporte:

**Examen Físico**

- Peso: ..... Talla: ..... IMC: .....  
\*Menores de 18 años  
Percentil de Peso: ..... Percentil de Talla: .....
- Aparato Cardiovascular  
R1: ..... R2: ..... Soplos: .....  
Pulsos periféricos: ..... Tensión arterial: .....

Observaciones: .....

- Aparato Respiratorio

- Sistema Osteomioarticular - Columna

- MMSS: ..... MMII: .....  
Visión  
AV OD: ..... AV OI: .....  
Visión Cromática: .....  
• Abdomen: ..... Hernias: .....  
• Neurológico

- Piel y Faneras

- Genitourinario

- Odontológico

**Estudios complementarios**

- Electrocardiograma:    Normal    /    Anormal

Observaciones: .....

- PEG:    Normal    /    Anormal

Observaciones: .....

- Laboratorio:    Normal    /    Anormal

Observaciones: .....

- Estudios y/o consultas complementarias solicitadas (Fondo de ojo obligatorio en el caso de realizar boxeo): .....

\* Se sugiere:

- Ecografía abdominal entre los 14 y 15 años para deportes de contacto (uno en su vida deportiva)
- Ecocardiograma a partir de los 16 a 18 años, o al inicio de su actividad deportiva.

**CONCLUSIÓN:**

- APTO**
- APTO CON RESTRICCIONES**
- NO APTO TRANSITORIO**
- NO APTO DEFINITIVO**

Fecha:    /    /

.....  
**Firma y sello del médico**