

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MODIFICACIÓN DE DATOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: _____

D.N.I./PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

ARGENTINO: EXTRANJERO: PAÍS DE ORIGEN: _____

DOMICILIO. CALLE: _____ Nº: _____

TORRE: _____ PISO: _____ DPTO: _____ MANZANA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DIRECCIÓN E-MAIL: _____

OTRA/S PERSONAS PARA CONTACTAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

¿ESTUDIA?: SÍ NO ESTABLECIMIENTO (SI CONTESTÓ SÍ): _____

CARRERA: _____

¿TRABAJA?: SÍ NO ESTABLECIMIENTO (SI CONTESTÓ SÍ): _____

HORARIO: _____

Antecedentes personales:

PESO: _____ ALTURA: _____ COBERTURA SOCIAL: _____

Patologías congénitas: _____ Patologías perinatales: _____

Infecciosas y no infecciosas: _____ Patologías de la infancia: _____

Diabetes: ___ Hipertensión arterial: ___ Chagas: ___ Tuberculosis: ___ Infección por HIV: ___ Otras: _____

Alergias colocar SI o NO

Alimentaria: ___ Insectos: ___ Fármacos: ___ Otras: ___ Aclaración: _____

Enfermedades específicas: colocar SI o NO y aclarar en*

| | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|
| Cardiovasculares | | Hematológicas | |
| Pulmonares | | Renales | |
| Gastrointestinales | | Neurológicas | |
| Endocrinas | | Metabólicas | |
| Auto inmunes | | Dermatológicas | |
| Oftalmológicas | | Otorrinolaringológicas | |
| Infecciosas | | Genitourinarias | |
| Osteoarticulares | | Miopáticas | |
| Oncológicas | | Psiquiátricas | |

*Enfermedad: _____ Tratamiento actual: _____

Tiempo de evolución: _____ Secuelas: _____

*Enfermedad: _____ Tratamiento actual: _____

Tiempo de evolución: _____ Secuelas: _____

Antecedentes:

- Quirúrgicos: _____

- Internaciones previas: _____

- Hábitos** Tabaco ____ Alcohol ____ Drogas ____ Fármacos ____ Otros ____

** Especificar: _____

- De exposición laboral: _____

- De transfusiones: _____

- Familiares: _____

Antecedentes deportivos:

- ¿Practica alguna/s otra/s actividad/es deportiva/s en este momento?: ? : SÍ NO

- ¿Cuál/es? (incluye gimnasio): _____

- ¿Hace cuánto practica?: _____ Horarios: _____

- ¿Hace cuánto practica?: _____ Horarios: _____

- ¿Practicó alguna/s otra actividad/es deportiva/s?:

- ¿Cuáles? _____:

- Tiempo que practicó (en meses): _____ Horarios: _____

- Motivo del cese en las actividades: _____

- Tiempo que practicó (en meses): _____ Horarios: _____

- Motivo del cese en las actividades: _____

- Tiempo que practicó (en meses): _____ Horarios: _____

- Motivo del cese en las actividades: _____

- OBSERVACIONES Y/O CUALQUIER INFORMACIÓN QUE EL INTERESADO CONSIDERE DEBA SER INFORMADA: _____

Aclaración importante: El presente formulario deberá ser presentado adjunto al Examen Médico para la Mediana y Alta Competencia, E.M.M.A.C. dispuesto por Resolución N°108/09 del Ministerio de Salud de la Provincia y homologado por Resolución N°649/09 del Ministerio de Educación.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE NO HABER FALSEADO NI OMITIDO DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESION DE LA VERDAD.

DECLARO BAJO JURAMENTO HABER LEÍDO EL REGLAMENTO DE CÓRDOBA FOOTBALL AMERICANO ASOCIACIÓN CIVIL Y HABER SIDO INFORMADO Y ADVERTIDO DETALLADAMENTE SOBRE LOS RIESGOS DE LESIONES INHERENTES A LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO Y JUEGO DEL FOOTBALL AMERICANO EN TODAS SUS MODALIDADES Y FORMAS DE JUEGO

Córdoba, ____ de _____ de 2013.

Firma del socio

Aclaración