



CLUB ATLÉTICO SAN LORENZO DE ALMAGRO

Nº DE SOCIO

ACTIVIDAD

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	DIRECCIÓN
FECHA DE NACIMIENTO / /	TELÉFONO
EDAD	TELÉFONO CELULAR

FICHA MÉDICA

TODOS LOS DATOS DEBEN SER COMPLETADOS. NO SE ACEPTARAN FICHAS INCOMPLETAS

1 - ANTECEDENTES MÉDICOS

CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	TIPO Y MEDICACIÓN: _____
DIABETES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	TIPO Y MEDICACIÓN: _____
ALÉRGICO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿A QUÉ? _____
ASMA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	MEDICACIÓN _____
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿CUÁL? _____
QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿CUÁL? _____
OTROS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____

2 - TRATAMIENTOS

RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	ESPECIFIQUE _____
UTILIZA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	ESPECIFIQUE _____
PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	ACLARACIÓN _____
OTROS DATOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____ **ADJUNTA APTO FÍSICO**

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad, para ser presentado ante las autoridades del CASLA.

Buenos Aires, de _____ De 201 ____

Firma y Sello Medico

COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL / SEGURO DE SALUD / MEDICINA PREPAGA		
NÚMERO DE SOCIO	TELÉFONO	DIRECCIÓN
EN CASO DE EMERGENCIA: Avisar al Familiar (Apellido y Nombre): _____ Domicilio: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono: _____		
FIRMA Y ACLARACIÓN	DOCUMENTO	
	FECHA / /	