



INFORMACIÓN

PRELIMINAR

Sres. Alumnos y Padres:

La práctica deportiva, sea social, recreativa, amateur, profesional de mediano o alto rendimiento, implica la posibilidad de estar expuestos a sufrir lesiones, enfermedades y poner en riesgo la integridad psicofísica o incluso la vida.

La atenuación de tales riesgos en la realización de dichas actividades deportivas requiere necesariamente del compromiso y la responsabilidad de las personas que llevarán adelante las mismas.

LOS REQUISITOS DEL ÁREA DE DEPORTES DE LA UNSADA

Examen médico: Obligatoria la salud del alumno debe ser evaluada por personal médico calificado. Este examen debe determinar si el alumno está medicamentado apto para desarrollar la actividad deportiva que pretenda desarrollar, sin compromisos para su salud. Recordamos que la presentación de dicho examen y control médico es obligatorio para acceder a las actividades, caso contrario no se le permitirá al alumno participar de las mismas.

LAS RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DEL ÁREA DE DEPORTES DE LA UNSADA

Si bien nada garantiza la práctica segura de una actividad deportiva, las siguientes consideraciones permiten minimizar sus riesgos.

Preparación pre-competencia: El deportista debe estar preparado para la exposición externa rigurosa (golpes, caídas, impactos, etc.) y a las exigencias psicofísicas (presiones, alteraciones cardíacas, etc.), propias de la práctica deportiva y es en tal sentido que la preparación pre-competencia debe tender a proporcionarle al atleta, el mejor estado físico posible al tiempo de iniciar la práctica de la actividad deportiva que se trate.

Planificación | Supervisión: Puede procurarse la seguridad de la competencia con una apropiada planificación y supervisión de la práctica y cumplimiento de las reglas del deporte por parte de los participantes.

DECLARACION JURADA

1. a. Teniendo presente el servicio de educación pública y gratuita que me ofrece la UNSADA, expreso que he tomado conocimiento de las consideraciones, requisitos y recomendaciones descriptas sucintamente en la parte preliminar.

1. b. Manifiesto que la actividad deportiva que procuro practicar en la UNSADA, no constituye una actividad y/o exigencia académica que se me exija o que deba cumplimentar como alumno de dicha institución universitaria nacional.

1. c. Asimismo expreso que dicha actividad deportiva resulta pública y gratuita para los alumnos de la UNSADA.

2. a. Expreso que tengo conocimiento de los avatares y eventualidades propios de la práctica deportiva y de las consecuencias disvaliosas directas e indirectas, inmediatas o mediatas que los mismos pueden ocasionar en la integridad y salud psicofísica de las personas que lo practican.

2. b. Asimismo el personal de la UNSADA me ha informado ampliamente de tales eventuales circunstancias, relativas a la posibilidad de sufrir lesiones y enfermedades por causa de la actividad, ello con los alcances del artículo 1720 del Código Civil y Comercial Unificado.

(ARTICULO 1720.- Consentimiento del damnificado. Sin perjuicio de disposiciones especiales, el consentimiento libre e informado del damnificado, en la medida en que no constituya una cláusula abusiva, libera de la responsabilidad por los daños derivados de la lesión de bienes disponibles).

3. Entrego en este acto original del certificado médico extendido el día _____ por el Dr. _____ y del cual resulta mi aptitud para la práctica deportiva de _____, por el término de _____.

4. Es en el marco de las circunstancias antedichas, conocimiento de los riesgos inherentes y de los perjuicios que puedo sufrir en mi integridad psicofísica, que expreso unilateral y voluntariamente mi decisión de desarrollar la práctica deportiva del _____ que organiza el AREA DE DEPORTES de la UNSADA, extendiendo la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 2018, para ser entregada a la referida Área de Deportes.

Firma _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos del solicitante		Año de inscripción	
Lugar y fecha de nacimiento			
DNI, LCOLE			
Calle		Piso	Depto
Ciudad			
Código Postal		Teléfono	
E-mail		Celular	
Carrera			
Actividad/deporte			

Documentación presentada	SÍ	NO
Ficha médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de DNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma _____

Para menores de 18 años

Datos de la madre	
Apellido y nombres	Nº DNI

Datos del padre	
Apellido y nombres	Nº DNI

Firma _____

Firma _____



FICHA MÉDICA

Disciplina

Apellido y nombres

Documento Sexo Nacimiento

Número	F	M	D	M	A
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice Masa Corporal

Normal	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Antecedentes personales Sí NO

Nació de parto natura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Vacunaciones

B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------------

Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------------

Antisarampionosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------

Refuerzo antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Enfermedades de la infancia

Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------

Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Coqueluche (tos convulsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Parotiditis (paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Otras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------------------

Diabetes

Tipo y medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Hepatitis

Tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------------------------

Asma o Enfermedades Alérgicas Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Traumatismo de cráneo Sí NO

Con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Fracturas Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Epilepsia o Dirritmia Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Intervenciones quirúrgicas Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Lesiones deportivas Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Medicación de uso habitual y causa Sí NO

Detallar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

A llenar por el médico

Exámen físico

Peso	Talla	G. Sanguíneo	Factor RH
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aparato respiratorio

Aparato cardiocirculatorio

TA	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

Obs:	<input type="text"/>
------	----------------------

Auscultación

Silencios libres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

Pulsos periféricos presentes y simétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------



FICHA MÉDICA

Aparato digestivo

Osteoarticular

Postura:
Pie (plano, cavo, talo, vago)
Columna:
Otras:

Exámen oftalmológico

Usa anteojos		
Otros datos a consignar:		

Hernias

--

Dermopatías

--

Exámen bucodental

Faltan piezas dentales		
Caries		

Nota

En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica, que no figure en la planilla, describir a continuación.

El paciente se encuentra clínicamente apto para desarrollar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo y contestura física

Datos del solicitante

Apellido y nombres

Firma

Datos del médico

Apellido y nombres

Firma, sello y matrícula

Observaciones

Lugar

Fecha