



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.-

Conste por el presente que el Sr./a. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, L.E/L.C./D.NI. número \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, hábil y mayor de edad, deslinda  
en forma total de responsabilidad a la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES manifestando  
expresamente que renuncia a cualquier acción judicial o trámite extrajudicial que eventualmente se quisiere intentar contra la referida  
Universidad, por cualquier evento que pudiere ocurrir sobre su persona en tanto desarrolla actividad física y/o deportiva organizada por la  
Universidad. El suscripto manifiesta expresamente que la presente se hace extensiva y comprende a sus sucesores a título universal y/o  
particular y/o albaceas y/o cualquier otro representante o apoderado o administrador del firmante. El suscripto declara que se encuentra en  
buen estado psicofísico para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas, comprometiéndose a tal efecto a acompañar el  
certificado extendido por médico matriculado, en el plazo perentorio de tres (3) meses de firmado el presente, bajo apercibimiento de ser  
separado de las prácticas deportivas sin más trámite.-

La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir mi persona y/o bienes como consecuencia de  
mi participación en el evento mencionado, incluso caso fortuito o fuerza mayor, así como a aquellos daños que pudieran sufrir mis  
acompañantes.-

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÁCTICA DEPORTIVA**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que la actividad física y/o deportiva que práctico implica la  
posibilidad de sufrir lesiones, enfermedades y de poner en riesgo mi vida, según fui informado por parte de los organizadores.

Confío en que los organizadores tomarán todas las precauciones para un desarrollo seguro de la actividad.

Doy mi consentimiento y acepto el riesgo que la práctica de actividad física y/o deportiva implica.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Facultad:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Categoría:** Alumno  **Docente**  **No Docente**  **Graduado**  **Externo**

**Deporte:** \_\_\_\_\_

**Obra Social:** **Si**  **No**

N° Recibo.....

Importe.....

N° Carnet.....



## FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

Antecedentes Cardiológicos	Soplos <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dolor precordial <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Diagnósticos cardiológicos <input type="checkbox"/> Otros: _____
Antecedentes Circulatorios	Hipertensión <input type="checkbox"/> Várices <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/>
Antecedentes Respiratorios	Asma <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Neumonías <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Antecedentes Neurológicos	ACV <input type="checkbox"/> Patologías degenerativas <input type="checkbox"/> Trastornos de equilibrio <input type="checkbox"/>
Antecedentes Psicológicos o psiquiátricos	Trastornos comiciales <input type="checkbox"/> Depresiones <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/>
Antecedentes Digestivos	Úlceras <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Patología intestinal <input type="checkbox"/>
Antecedentes Nefrourinarios	Litiasis <input type="checkbox"/> Venéreas <input type="checkbox"/>
Antecedentes Endocrinológicos – Metabólicos	Diabetes <input type="checkbox"/> Patología tiroidea <input type="checkbox"/> Dislipemias <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/>
Sangre	Anemias <input type="checkbox"/> Patologías leucocitarias <input type="checkbox"/> Pat. Trombocitos <input type="checkbox"/>
Alergias	
Fracturas Óseas	
Lesiones articulares agudas	
Anomalías morfológicas conocidas	
Intervenciones quirúrgicas no mencionadas	
Utilización de fármacos	Analgésicos <input type="checkbox"/> Hipotensores <input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Somníferos <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/> Vasculares <input type="checkbox"/> Cardíacos <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Antidiabéticos <input type="checkbox"/>

Por medio de la presente dejo constancia que \_\_\_\_\_

LE/LC/DNI número \_\_\_\_\_ se encuentra apto para realizar prácticas deportivas.

### USO DE IMAGEN EN MEDIOS DIGITALES

Por medio de la presente, doy mi consentimiento a la Dirección de Deportes de la U.N.C.P.B.A. para el registro de fotografías y videos para ser utilizados en la difusión y promoción de las actividades deportivas en las redes sociales y medios gráficos.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Este formulario deberá ser suscripto por el propio deportista. En caso de ser menor de edad, lo hará su padre, madre o tutor.**