



_____, ____ 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.