



La entrega de la presente FICHA DE INSCRIPCIÓN y de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD por parte del personal de la Dirección General de Deportes y Recreación NO ASEGURA el lugar en la Colonia Recreativa “ADULTOS EN MOVIMIENTO”, la inscripción se encuentra realizada una vez que se complete la documentación y el pago de la misma.

		Fecha de Inscripción			
Apellidos					
Nombres					
Documento		Fecha de Nacimiento		Edad	
Domicilio					
Barrio		Departamento			
Teléfono:				Teléfonos de Urgencias	
Email					
Obra Social					

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que el/la Sr. Sra..... DNI..... **se encuentra gozando de un estado de salud física, psicológica y social** que le permite participar de la COLONIA DE VERANO “ADULTOS EN MOVIMIENTO” en la cual me he inscripto. Por lo tanto, exonero de toda responsabilidad civil que pudiera corresponder a los organizadores, auspiciantes, patrocinantes, fiscalizadores y demás personas relacionadas con la actividad derivada de cualquier accidente que pudiera sufrir y/o daño de cualquier naturaleza que fuere, ocurrido con motivo de su estado de salud declarada.

AUTORIZO la publicación de fotos y videos tomados durante las actividades de la COLONIA DE VERANO “ADULTOS EN MOVIMIENTO”, en los canales oficiales de la UNSJ, sus Secretarías y Direcciones de las redes sociales, como así también en el Canal de Televisión XAMA Tv, de la Universidad Nacional de San Juan.

AUTORIZO a que por parte de los médicos designados por la Dirección General de Deportes y Recreación se me realice la revisión médica correspondiente para poder ingresar al natatorio.

DECLARO CONOCER que el establecimiento no otorga reembolsos después de haber asistido a una clase de la COLONIA DE VERANO “ADULTOS EN MOVIMIENTO”. Así mismo, **DECLARO CONOCER** que el establecimiento no se responsabiliza por el deterioro, robo o pérdida de elementos personales con los que asista.

Una vez firmada la presente y aprobada la inscripción, implica la aceptación del compromiso de pago de acuerdo al plan acordado, y la sujeción a toda la reglamentación vigente de la UNSJ.

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
D.N.I.



DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD:

Apellido y Nombre		NUMERO DE INSC.	
Grupo Sanguíneo		Factor RH:	Talla:
			Peso:

Marcar con un círculo lo que corresponda (en caso de poseer alguna afección especifique)

CARDIOVASCULAR							
Hipertensión Arterial	Si	No		Arritmias	Si	No	
Valvulopatías	Si	No		Insuf. Card.	Si	No	
Otras	Si	No					
RESPIRATORIAS							
Asma	Si	No		Bronquitis Crónicas	Si	No	
Alergias	Si	No					
Tuberculosis	Si	No					
COVID-19	Si	No					
DIGESTIVAS							
Gastritis - Ulceras	Si	No		Patologías Biliar - Hepáticas	Si	No	
Patología Pancreática	Si	No		Patolog. Intestinal - Colónica	Si	No	
Otras	Si	No					
RENALES							
Infecciones Urinarias	Si	No		Litiasis	Si	No	
Otras	Si	No					
NEURO PSIQUIATRICAS							
Epilepsias	Si	No		Convulsiones	Si	No	
Meningitis	Si	No					
Otras	Si	No					
METABOLICOS							
Diabetes	Si	No		Insulina Dependiente	Si	No	
Patología Tiroidea	Si	No		Dislipidemia	Si	No	
Otras	Si	No					
HEMATOLOGICAS							
Mal de Chagas	Si	No		Leucemia	Si	No	
Otras	Si	No					
MUSCO ESQUELETICAS							
Escoliosis	Si	No		Fracturas	Si	No	
Usa Prótesis	Si	No		Esguinces	Si	No	
Otras	Si	No					
OFTALMOLOGICAS							
Visión Normal	Si	No		Usa Lentes	Si	No	
Otras	Si	No					
GARGANTA-NARIZ-OIDO							
Audiometría Normal	Si	No					
Otras	Si	No					
Cirugías	Si	No					
Toma Medicamentos	Si	No	Cuáles				
Accidentes	Si	No					
Observaciones							
Discapacidad							

Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz los datos consignados, liberando expresamente, a la Universidad Nacional de San Juan de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o practica medica que tome como referencia a los datos aquí manifestados. En caso de omitir alguna afección y/o enfermedad, será pasible de sanciones y/o la desafectación a la Colonia Recreativa de Adultos 2024-2025.

Firma:.....

Firma del Medico.....

Aclaración:.....

Sello:.....

D.N.I.:.....

D.N.I.:.....