

ANEXO II
COPA HOLCIM 2025
Declaración jurada Médica

Datos personales

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Equipo: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__. Edad: _____

Dirección: _____ Mail: _____

Ocupación: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Cobertura Médica: _____ N° afiliado: _____

Nombre de Contacto: _____ Teléfono de contacto: _____

Datos Médicos

¿Posee alguna condición médica o enfermedad preexistente? SI / NO. Cual: _____

¿Sufrió alguna lesión deportiva o no que haya requerido operación en los últimos 4 meses?
SI/NO. Cual: _____

¿Toma regularmente alguna medicación? SI/NO. Cual: _____

¿Es diabético? SI/NO. ¿Asmático? SI/NO. ¿Alérgico? SI/NO. A que: _____

¿Sufre dolores después de realizar ejercicio o físico? SI/NO.

¿Sufre falta de aire mientras realiza ejercicio físico? SI/NO.

¿Alguna vez le fue detectado alguna anomalía cardíaca (soplo, etc)? SI/NO

¿Le han detectado alguna vez hipertensión arterial? SI/NO.

¿Algún familiar suyo falleció de muerte súbita? SI/NO.

¿Fuma? SI/NO

¿Ha consumido alguna vez cocaína o anabólicos esteroides? SI/NO. Cual: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERIDICA.

El que suscribe: _____, DNI: _____, acepto participar en la **“Copa Holcim 2025”** bajo las condiciones establecidas en los debidos reglamentos por la organización y lo dispuesto por normas generales en relación al consentimiento informado para la práctica del deporte, sus riesgos y consecuencias, ya sea en forma de jugador titular o suplente, y declaro total sinceridad en la verosimilitud de la información proporcionada, así como también declaro con carácter de declaración jurada haberme realizado todos los análisis necesarios para la práctica deportiva, y que los informes de los mismos están en mi poder, debiendo ofrecerlos cuando así lo requiera la organización. A su vez autorizo a la organización a hacer uso de mi imagen para la difusión de materiales generados durante la cobertura de las jornadas del torneo y su posterior difusión en redes sociales, videos o materiales institucionales.

FECHA:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI: