



DECLARACION JURADA DE SALUD

El siguiente documento tiene carácter de declaración jurada, la información solicitada es de suma importancia para participar de las actividades del programa, es por ello que se solicita completarlo de forma clara y con información certera. Muchas gracias.

Equipo de coordinación PEAM

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido _____

DNI _____ Edad _____ Género _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Domicilio _____

Localidad _____

Teléfono fijo _____ Teléfono celular _____

Obra social _____ Clínica de cabecera _____

Servicio de Emergencia personal: _____

CONSIDERACIONES CLÍNICAS GENERALES

Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____

Medicamentos que consume (Especifique patologías para las cuales fueron prescritos)

¿Hábitos Tóxicos?

Fuma SI NO

Bebe alcohol en exceso SI NO

Otros _____

¿Utiliza anteojos? SI NO

¿Utiliza audífono? SI NO

¿Realiza actualmente actividad física? SI NO

¿Ha tenido caídas? SI NO

¿Se moviliza de manera autónoma? SI NO ¿Requiere asistencia? ¿De qué tipo?

¿Controla esfínteres? SI NO

¿Cirugías? SI NO ¿Cuáles?

Alergias: SI NO ¿Cuáles?

Diabetes: SI NO

Trastornos endocrinos SÍ NO

Patologías cardiovasculares SI NO

Enfermedades neurológicas: SI NO ¿Cuáles?

Deterioro cognitivo: NO - LEVE - MODERADO - GRAVE

Enfermedades Psiquiátricas: SI NO ¿Cuáles?

Enfermedades crónicas (Epilepsia, Parkinson, Demencia, etc.)

Enfermedades osteoarticulares SI NO ¿Cuál?

Otra afección o información relevante que considere importante comunicar



PERSONA A QUIEN RECURRIR EN CASO DE NECESIDAD

El siguiente apartado es de carácter obligatorio. Es estrictamente necesario contar con datos de contacto de alguna o algunas personas en caso de urgencias.

Persona 1:

Nombre y Apellido: _____

Teléfono Fijo: _____

Teléfono Celular: _____

Vínculo/Parentesco: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Persona 2

Nombre y Apellido: _____

Teléfono Fijo: _____

Teléfono Celular: _____

Vínculo/Parentesco: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ESTUDIANTE

**Estimado/a profesional :**

Agradecemos su colaboración para completar el siguiente apto físico, requisito indispensable para asistir a los talleres del Programa Educativo de Adultos Mayores, perteneciente a la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de Río Cuarto.

Saludamos Atentamente

Equipo de coordinación PEAM.

Considero que el/la paciente

(nombre completo); DNI_____

Se encuentra apto/a para realizar actividad física y asistir a talleres de manera autónoma.

Observaciones o Aclaraciones que considere necesario.

Fecha

Firma y sello del profesional