



_____, ____ de _____ de 2025.-

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

Por medio de la presente deo 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.