

# FICHA MEDICA

<u>N Corredor</u> :.....
<u>Distancia</u> : .....

Estimado corredor el siguiente formulario es por su seguridad, por favor llene todos los datos, GRACIAS!

NOMBRE Y APELLIDO: .....

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: .....

TELEFONO:.....

OBRA SOCIAL:..... EDAD: ..... PESO:.....

GRUPO Y FACTOR SANGUINEO: ..... FRECUENCIA CARDIACA: .....

FECHA ULTIMO CONTROL MEDICO:..... ULTIMA COMPETENCIA CORRIDA:.....

SOS ALERGICO A ALGO?: NO /A QUE?.....

SOS ALERGICO A ALGUN REMEDIO?: NO /A QUE?.....

TENES ALGUNA LESION?: NO/ CUAL/ES?.....

TENES INTERVENCIONES QUIRURGICAS? NO /CUAL/ES?.....

TOMAS ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA HABITUAL? NO /CUAL/ES?.....

PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? NO / CUAL/ES?.....

PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? NO/ CUAL/ES?.....

Marca con una cruz los problemas de salud que padeces o has padecido alguna vez. En caso afirmativo por favor describa brevemente el motivo en el margen derecho.

AGOTAMIENTO POR CALOR ,	<input type="checkbox"/>
ASMA- TOS CON SANGRE/ DIFIC RESPIRAT	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES -HERNIAS	<input type="checkbox"/>
CEFALEAS- DOLOR DE ESPALDA	<input type="checkbox"/>
MAREOS- PERDIDA CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
DESMAYOS - DOLOR DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/>
GOLPES DE CALOR - DIARREA	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>

OTROS:.....

HA PADECIDO COVID-19?	QUE SECUELAS?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CUANTAS DOSIS?.....
SE HA VACUNADO CONTRA EL COVID-19?		NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES: Declaro bajo juramento haberme realizado todos los controles médicos necesarios en los últimos 6 meses y gozar de perfectas condiciones de salud para participar de competencias deportivas de alto rendimiento.

Fecha: ..... FIRMA: .....

ACLARACION:.....  
DNI:.....

