



FICHA MEDICA

N Corredor:.....
Disciplina:

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	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	A QUE?.....
SOS ALERGICO A ALGUN REMEDIO?:	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	A QUE?.....
TENES ALGUNA LESION?:	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CUAL/ES?.....
TENES INTERVENCIONES QUIRURGICAS?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CUAL/ES?.....
TOMAS ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA HABITUAL?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CUAL/ES?.....
PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	CUAL/ES?.....
PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	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"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>
CEFALEAS	<input type="checkbox"/>
MAREOS	<input type="checkbox"/>
DESMAYOS	<input type="checkbox"/>
GOLPES DE CALOR	<input type="checkbox"/>
TOS O RESPIRACION FORZADA	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE ESTOMAGO	<input type="checkbox"/>
DIARREA	<input type="checkbox"/>
HECES CON SANGRE	<input type="checkbox"/>
EXPECT. CON SANGRE	<input type="checkbox"/>
HERNIAS	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE ESPALDA	<input type="checkbox"/>
PERDIDA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/>

OTROS:.....

OBSERVACIONES:

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

Fecha:

FIRMA:

ACLARACION:.....