

FICHA MEDICA

N Corredor:.....

Distancia:

Carrera:

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 SI A QUE?.....

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

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

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

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

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

PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? NO SI 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

CONVULSIONES

CEFALEAS

MAREOS

DESMAYOS

GOLPES DE CALOR

TOS O RESPIRACION FORZADA

DOLOR DE ESTOMAGO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

EXPECT. CON SANGRE

HERNIAS

DOLOR DE ESPALDA

PERDIDA DE CONOCIMIENTO

DOLOR DE ARTICULACIONES

DIARREA

HECES CON SANGRE

OTROS:.....

HA PADECIDO COVID-19? NO SI QUE SECUELAS TIENE?.....

SE HA VACUNADO CONTRA EL COVID-19? NO SI CUANTAS DOSIS?.....

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:.....

DNI:.....

