



FICHA MÉDICA (Completa el participante)

Apellido/s:

Nombre/s:

DNI / rut / pasaporte / passport:

Género: Edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección: Departamento:.....

Provincia: País:

teléfono móvil (obligatorio):

Teléfono fijo:

Correo electrónico / e-mail:

En caso de emergencias avisar a:

Parentesco:

Teléfono de la persona de contacto:

Obra social / seguro médico / medical health insurance:
.....

Grupo sanguíneo:

Alergias (a medicamentos u otras):

Medicamentos de uso reciente o crónicos:

Consumo de tabaco (nº cigarrillos/día):

Consumo de alcohol:

Antecedentes de enfermedades:

Antecedentes traumáticos (esguinces, fracturas, lesiones, musculares):
.....

Operaciones u hospitalizaciones:

Vacuna antitetánica:

Antecedentes de mal de altura:



¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar el ejercicio físico/deportivo de esta competencia?

.....

A). La información suministrada en este cuestionario es de gran importancia en el caso de que el corredor requiera de atención de salud. Debe ser contestado en forma personal por cada corredor debiendo ser veraz y precisa. esta información será de manejo reservado por parte de la organización y se dará a conocer a quien lo requiera para garantizar una atención médica o paramédica segura.

B). Por la presente declaro que no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. autorizo, en caso de emergencia, a cualquier persona calificada, designada por la organización del evento, a realizarme tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

NOMBRE PARTICIPANTE

DNI (PARTICIPANTE)