



FICHA MEDICA

N Corredor:.....

Distancia:

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

EXPECT. CON SANGRE

CONVULSIONES

HERNIAS

CEFALEAS

DOLOR DE ESPALDA

MAREOS

PERDIDA DE CONOCIMIENTO

DESMAYOS

DOLOR DE ARTICULACIONES

GOLPES DE CALOR

DIARREA

TOS O RESPIRACION FORZADA

HECES CON SANGRE

DOLOR DE ESTOMAGO

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:.....

