



# FICHA MÉDICA

**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:**..... **PESO:**..... **EDAD:**.....

**GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:** .....

**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 padece 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
- DIARREA
- HECES CON SANGRE
- EXPECT. CON SANGRE
- HERNIAS
- DOLOR DE ESPALDA
- PERDIDA DE CONOCIMIENTO
- DOLOR DE ARTICULACIONES

<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"/>

**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 para participar de competencias deportivas de alto rendimiento.

**Fecha:** .....

.....**FIRMA:**

**ACLARACION:**.....