

| |
|--------------------------|
| 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 | <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:.....