



# FICHA MEDICA

N° Dorsal: .....
Distancia: .....

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"/>	<input type="checkbox"/>	EXPECT. CON SANGRE
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERNIAS
CEFALEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE ESPALDA
MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE CONOCIMIENTO
DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE ARTICULACIONES
GOLPES DE CALOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA
TOS O RESPIRACION FORZADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HECES CON SANGRE
DOLOR DE ESTOMAGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OTROS:.....

HA PADECIDO COVID-19?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Alguna Secuela?.....
SE HA VACUNADO CONTRA EL COVID-19?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Cantidad de 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:.....