



1º Maratón

Fiesta Departamental de la Citricultura en Mocoretá Ctes.

FICHA MÉDICA

Estimado corredor el siguiente formulario es por su seguridad, por favor llene todos los datos, GRACIAS!

Datos Personales del Deportista

Apellido:..... Nombre:..... D.N.I.:.....
 F. de Nacimiento:...../...../..... Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....
 Domicilio:..... Tel. Particular:.....
 Localidad:..... Provincia:..... Tel. Celular:.....
 Obra Social:..... Nº Afiliado:.....
 Contacto en Caso de Emergencia:..... Tel. de Contacto:.....

Para ser completado por el Médico

Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:

¿Practica alguna actividad física? SI - NO ¿Cuál?.....

Medicamentos

¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?.....

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO

¿Por qué enfermedad lo toma?.....

Ficha de control médico

Peso: Talla: IMC: TA: Grupo Sanguíneo

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	¿Sí?	¿No?	¿Tiene Alguna restricción?
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones Osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que.....DNI..... de..... años de edad, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

.....
 Firma y Sello del Médico

.....
 Localidad, Fecha y Hora