

VII Campeonato Nacional Interclubes de Apnea en Aguas Confinadas

Santiago de Cali Octubre 15-17 de 2010

Formato Médico

Ciudad y Fecha: _____ Liga _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres _____ Apellidos _____
Identificación _____ Lugar de nacimiento _____
Edad _____ años Sexo M ☐ F ☐
Fecha de nacimiento (día, mes, año)
Ocupación _____ Empresa o Colegio _____
Dirección _____ Ciudad _____
Teléfono oficina Ext.
Tel Res CEL

INFORMACIÓN MEDICA

Historia y Antecedentes Clínicos

Peso _____ kgr Talla _____ Mts Pulso _____ Pxm _____
Frecuencia respiratoria _____ Temperatura _____ Tensión arterial _____

Marque con una (x) al lado de cada circunstancia que le haya afectado en su historia médica actual o anteriormente y explique abajo si es necesario

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Gafas o lentes de contacto | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> |
| Piezas dentales postizas | <input type="checkbox"/> | Limitaciones Físicas | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades emocionales | <input type="checkbox"/> | Otro problema Médico | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Vértigo-Desmayos | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: _____

Escriba los medicamentos que esta tomando actualmente _____

Fecha del último examen médico _____

Compañía de seguros médicos/EPS _____ N° Afiliación _____

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MEDICA

Yo, entiendo que la actividad de la apnea de competencia es una actividad riesgosa que involucra cambios de presión significativos y que el funcionamiento normal del corazón, los pulmones, oídos, senos paranasales son prerrequisitos esenciales para mi seguridad y bienestar. Firmando este formato, confirmo que conozco plenamente la actividad deportiva que practico, así como los riesgos que asumo y estoy seguro de mis capacidades físicas y de gozar de buena salud.

Firma Deportista

CONCEPTO MÉDICO

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA

| | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Ninguna | <input type="checkbox"/> | Absoluta | <input type="checkbox"/> |
| Temporal | <input type="checkbox"/> | Relativa | <input type="checkbox"/> |

Conclusiones y/o Recomendaciones

Médico _____ Registro _____ Fecha _____

Firma y Sello

NOTA: Este formato de inscripción es necesario y obligatorio diligenciarlo en el plazo fijado en la convocatoria, y debe ser devuelto vía fax o e-mail a las direcciones relacionadas; debe recordar que tiene validez si el valor de la inscripción ha sido consignado previamente.