

XVI CAMPEONATO NACIONAL INTERCLUBES DE APNEA EN PISCINA POR CATEGORIAS

Santiago de Cali, 01 al 04 de Marzo de 2018

**ANEXO 3
Formato Médico**

Ciudad y Fecha: _____ Liga/Club _____

INFORMACIÓN PERSONAL

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

INFORMACIÓN MÉDICA

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	☐	Asma	☐
Piezas dentales postizas	☐	Limitaciones Físicas	☐
Enfermedades emocionales	☐	Problemas Cardiacos	☐
Diabetes	☐	Vértigo-Desmayos	☐

Comentarios: _____

Escriba los medicamentos que esta tomando actualmente _____
Fecha del último examen médico _____
Compañía de seguros médicos/EPS _____ N° Afiliación _____

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA

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 prerequisites 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	☐	Absoluta	☐
Temporal	☐	Relativa	☐

Conclusiones y/o Recomendaciones _____

Nombre Médico _____ Registro _____ Fecha _____
Firma y Sello _____

