

FICHA MÉDICA AGUAS DE TERROR TRAIL DESAFIO DE LOS PICOS 2017

FICHA MÉDICA / ENCUESTA PREVIA DE SALUD A LOS CORREDORES DE AGUAS DE TERROR TRAIL – DESAFIO DE LOS PICOS.

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

TELEFONO DE EMERGENCIAS: _____

PESO PARTICIPANTE: _____ ALTURA: _____

FECHA ÚLTIMO CONTROL MÉDICO: _____ ERGOMETRIA (SI / NO) _____

FRECUENCIA CARDIACA EN REPOSO: _____ GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR: _____

TIENES ENTRENADOR: (SI/NO) _____ EVALUACIÓN DEPORTIVA (SI/NO) _____

ANTECEDENTES DE DIABETES, ARRITMIA, HIPERTENSIÓN. ANEMIA, ANSIEDAD, SINCOPE.

ENFERMEDADES CRONICAS: _____

¿ALÉRGICO A ALGO?: _____

ALGUNA LESIÓN SEVERA: _____

ALGUNA LESIÓN CRÓNICA: _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: _____

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO: _____

SUPLEMENTOS: _____

Marcar problemas que padece o ha padecido alguna vez

AGOTAMIENTO POR CALOR

PROB. MENSTRUALES

CONMOCIONES

SANGRE EN ORINA

VOMITAR SANGRE

CEFALEAS

DOLOR TORÁCICO

TOS O RESP. FORZADA

MICCIÓN DOLOROSA HECES C/SANGRE

DESMAYOS

CONVULSIONES DOLOR DE ESPALDA

DIARREA

GOLPE DE CALOR MAREOS

DOLOR DE ESTÓMAGO

ESTREÑIMIENTO

RETRASO DE REGLA

EXPECT. C/SANGRE

DOLORES ARTICULARES

HERNIAS

OTROS: _____

¿Cuál fue la última competición en la que participaste, hace cuánto?

Nombre del evento y fecha: _____

Distancia completada en km`s: _____

Firma:



DESAFÍO DE
LOS PICOS 2017
AGUAS DE
TERROR TRAIL