

Formulario Médico

Formulario Personal

Por favor, rellene este formulario usted mismo, compañeros y miembros del viaje. Toda la información proporcionada debe ser correcta y completa.

La realización de este formulario es obligatoria para la participación del viaje y éste debe ser devuelto a nosotros en el momento del registro de su viaje. Sus respuestas son para nuestros archivos y para prepararnos a la hora de realizar el viaje. **Esta información que usted proporcionara es de uso confidencial.**

Nombre del participante: _____

Fecha ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____.

En caso de emergencia contactarse con:

Teléfono: _____

Sexo: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____

Evaluar su salud: Mala: _____ Buena: _____ Excelente: _____

Evaluar su condición física: inferiores a la media _____ Promedio _____ encima de la media _____
Excelente _____

Evalúe su capacidad para nadar: no nadadores _____ Mala _____ Regular _____

Buena _____ Excelente _____

Nombre y número de teléfono de su médico:

Fecha de la última dosis de tétano: ____/____/____ (Nota: Una inyección contra el tétano tiene una validez de diez años). Es obligatorio para todos los participantes para garantizar una protección contra el tétano.

¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? SI ___ NO ___

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

¿Ha habido algún cambio en su estado general de salud el año pasado? SI ___ NO ___

Si es así, por favor explique: _____

Ha tenido alguna enfermedad grave, lesión u operación? SI ___ NO ___

¿Ha sido hospitalizado o tenido una enfermedad grave en los últimos cinco años? SI ___ NO ___

Si es así, ¿cuál fue el problema? _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:

Alergias: SI ___ NO ___ si es así, ¿en qué, y cómo reaccionan?

Artritis: SI ___ NO ___

El asma SI ___ NO ___

Enfermedades cardiovasculares:

Problemas del corazón, ataque al corazón SI ___ NO ___

Insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arterioesclerosis, accidentes cerebro vasculares
SI ___ NO ___

Desmayos o convulsiones SI ___ NO ___

Hepatitis o enfermedad hepática SI ___ NO ___

Fiebre SI ___ NO ___

La presión arterial alta SI ___ NO ___

Urticaria o erupciones en la piel SI ___ NO ___

Reumatismo inflamatorio (dolor en las articulaciones inflamadas) SI ___ NO ___

Problemas del riñón SI ___ NO ___

Presión arterial baja SI ___ NO ___

La tendinitis, tendosinovitis, síndrome del túnel carpiano, lesiones en las muñecas SI ___ NO ___

¿Tiene algún desorden de la sangre? SI ___ NO ___ Si es así, por favor explique: _____

Mujer: ¿estás embarazada? SI ___ NO ___

¿Está tomando alguna de las siguientes (en letra clara escriba el nombre del fármaco):

Los antibióticos: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Anticoagulantes (diluyentes de la sangre): SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Los antihistamínicos: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Anti-inflamatorios: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

La cortisona (esteroides): SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Drogas para la condición del corazón: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Insulina: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Analgésicos: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

Otros: SI ___ NO ___ Nombre Fármaco _____

¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a:

Anti-inflamatorios: SI ___ NO ___

La aspirina: SI ___ NO ___

A los sedantes o pastillas para dormir: SI ___ NO ___

La codeína u otros narcóticos: SI ___ NO ___

El yodo: SI ___ NO ___

Los anestésicos locales: SI ___ NO ___

La penicilina u otros antibióticos: SI ___ NO ___

Sulfa drogas: SI ___ NO ___



Otros medicamentos o alimentos SI ___ NO ___ (por favor especificar ¿Usa lentes de contacto?)

¿Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento médico previo? SI ___ NO ___

Haga una lista de necesidades dietéticas especiales: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que creo que deberíamos conocer? SI ___ NO ___

Si es así, por favor explique:

Declaración: Declaro que me encuentro médica y físicamente en forma, apto para participar en viajes de aventura y que no tengo necesidades médicas especiales o condiciones, excepto lo descritos anteriormente.

Firma, Aclaración y Número de Documento del participante:

Fecha: ___/___/___