Le agradeceremos envíe esta ficha a la menor brevedad posible a fin de realizar su revisión de manera efectiva.

Nombre: ……..………………........... Edad: …….… Fecha Nac.: ………………………....

E-mail:…………………………………………………….....RUT/DNI: ………………….……………..

Dirección: ……………………………………………………… Ciudad: ……………………………..

Provincia:………………………….… C.P.: ……………………. País: ……………………………..

Teléfono particular: ( ) ...................Teléfono celular ( 9 ) ……………………………...

Contacto en caso de emergencia………………………….…… Parentezco: …………...

Teléfono: ( 0 )………... E- mail:…………………………………………………………………………

Altura: ………... Peso:……. Profesión/Ocupación: ……………….

Seguro Médico: …………………………… Número: …………………………………………………..

Por favor, marque en la columna apropiada. Si responde **SI**, por favor describa en la parte posterior de esta ficha. Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías: **SI** **NO**

Alergias(**\*)**………………………………………………………………………………………………… \_\_\_\_ \_\_\_

Si su respuesta es SI, liste en la parte inferior de esta ficha.

Lesiones de columna .............................................................................. \_\_\_ \_\_\_

Problemas respiratorios……………………………………………………………………. ……… \_\_\_\_ \_\_\_

Asma ......................................................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

Diabetes ........................................................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

Enfermedades Cardíacas ................................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

Lesiones en la cabeza, pérdida de conocimiento................................................ \_\_\_\_ \_\_\_

**SI NO**

Epilepsia .......................................................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

¿Convulsiones? Si la respuesta es SI, ¿qué las provoca? ................................... \_\_\_\_ \_\_\_

Problemas gastrointestinales ............................................................................ \_\_\_\_ \_\_\_

Hemorragias o enfermedades de la sangre ...................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

Alta presión sanguínea – hipertensión .............................................................. \_\_\_\_ \_\_\_

Hepatitis u otras enfermedades del hígado ...................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

¿Está Usted embarazada? ................................................................................. \_\_\_\_ \_\_\_

¿Está Usted bajo tratamiento médico? ............................................................. \_\_\_\_ \_\_\_

¿Toma algún medicamento? Por favor, liste los medicamentos con sus efectos colaterales

.......................................................................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_

¿Posee alguna otra condición que pudiera afectar su salud? ........................... \_\_\_\_ \_\_\_

¿Tiene alguna limitante en sus actividades cotidianas?..................................... \_\_\_\_ \_\_\_

¿Sabe usted nadar? …..………………..................................................................... \_\_\_\_ \_\_\_\_

Fecha de su última Vacunación Antitetánica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ año 2003

(**\***): Todos las personas alérgicas deben traer sus propios medicamentos con una dosis extra y deben ser capaces de administrárselas a sí mismos.

¿Cómo describiría usted su salud?

Con mi firma, declaro que la información provista arriba es correcta y verdadera

Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE ENCONTRARME EN CONDICIONES APTAS PARA PARTICIPAR.

Firma del Participante: Fecha: