

Ficha Personal

Nombres:.....

Apellidos:.....

DNI / RUT:..... Edad:

Nacionalidad:

Dirección:..... Ciudad:.....

Provincia/ Región:.....

País:.....Código Postal:.....

Teléfono con código de país y área:.....

E- mail:.....

Profesión:.....

En caso de emergencias contactar a:.....

Relación:.....Teléfono:.....

Información Médica Personal

Por favor, responda SI o NO a todos lo problemas abajo descriptos.

Si su respuesta es afirmativa, describa.

Alergias (*).....Tipo de reacción.....

(*): Todos los alérgicos deben traer sus propia medicación con dosis extra y ser capaces de administrárselas a sí mismos.

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

Lesiones de cintura, rodillas ó tobillos

Lesiones de hombros, brazos o columna

Luxaciones En qué articulación?

Enfermedades Cardíacas

Alta presión sanguínea – hipertensión

Problemas respiratorios, Asma

Diabetes

Epilepsia o convulsiones.....¿Qué las provoca?.....

Problemas gastrointestinales

Hemorragias o enfermedades de la sangre

Hepatitis u otras enfermedades del hígado

Edema Cerebral o Pulmonar

Congelamiento total o parcial

¿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 ____/____/____

¿Cómo describiría usted su salud?

.....

Con mi firma, declaro que la información expresada en este documento es correcta y verdadera.

Nombre:

Firma:

Fecha:.....