



**DORSAL**

A COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN

**FICHA MÉDICA**

**ENCUESTA PREVIA DE SALUD A LOS CORREDORES DEL K42**

APELLIDO y NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO FAMILIAR Ó TUTOR: \_\_\_\_\_

PESO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

Fecha Último Control Médico: \_\_\_\_\_ ERGOMETRIA ( SI / NO )

Frecuencia Cardiaca en Reposo: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo y Factor: \_\_\_\_\_

Tienes entrenador: ( SI / NO ) Te hicieron alguna evaluación deportiva ( SI / NO )

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

Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_

Alérgico a algo?: \_\_\_\_\_

Alguna lesión severa: \_\_\_\_\_ Lesiones crónicas: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento?: \_\_\_\_\_ Suplementos: \_\_\_\_\_

**Marcar problemas que padece o ha padecido alguna vez**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agotamiento por calor | <input type="checkbox"/> Conmociones         |
| <input type="checkbox"/> Vomitar sangre        | <input type="checkbox"/> Dolor torácico      |
| <input type="checkbox"/> Micción dolorosa      | <input type="checkbox"/> Heces c/ sangre     |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones          | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda    |
| <input type="checkbox"/> Golpe de calor        | <input type="checkbox"/> Mareos              |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento         | <input type="checkbox"/> Expect. C/ Sangre   |
| <input type="checkbox"/> Prob. Menstruales     | <input type="checkbox"/> Sangre en orina     |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas              | <input type="checkbox"/> Dolores articulares |
| <input type="checkbox"/> Tos o resp. Forzada   | <input type="checkbox"/> Desmayos            |
| <input type="checkbox"/> Diarrea               | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago   |
| <input type="checkbox"/> Retraso de regla      | <input type="checkbox"/> Hernias             |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____          |  |

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

Nombre Evento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Tienes que realizarte algún control médico previo?**

No es obligatorio, pero es recomendable que te realices controles periódicos y uno previo a la carrera.

**“nosotros te cuidamos... y te ayudamos a cuidarte”**

www.k42.es