



Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento/ / / /

DNI: _____ Es derecho/a o zurdo:

Calle _____ Numero _____ Localidad _____ Provincia _____ País _____

Profesión: _____ Cobertura Médica: _____ Numero de socio de cobertura: _____

Teléfono personal: _____ Teléfono del trabajo o casa: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: número de teléfono y grado de parentesco del allegado (Familiar, amigo u otros):

Teléfono 1- _____ Telefono2: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Deberá enviarnos completada por usted esta planilla. Luego enviar por whatsapp un certificado de Buena Salud realizado por un médico, y deberá entregar el original personalmente en la salida. Recomendamos realizar esta consulta con su médico de cabecera a los fines de informarle las características de la actividad a desarrollar, siendo su médico la persona indicada en evaluar su salud y quien pedirá estudios médicos en caso de corresponder.

¿Tiene restricciones en su alimentación, o alguna alimentación en especial? En caso de tenerlo especifique la causa

.....
.....

Altura en cm: _____ Peso kg: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Tensión Arterial: _____

¿Consume actualmente algún medicamento? (indicar nombre y dosis):.....

¿Ha sufrido esguinces, quebraduras, enfermedades u operaciones en este último año?

Especifique.....
.....

¿Le han detectado alguna vez una enfermedad cardíaca?

Especifique-----

¿Le han detectado alguna vez alguna otra enfermedad del sistema pulmonar, circulatorio o cardíaco?



Especifique.....
.....
.....

¿Algún familiar directo a sufrido muerte súbita? ¿Algún familiar directo a sufrido infarto?

Especifique.....
.....

Ha tenido covid-19? Si /No Cómo curso la enfermedad? Leve -Moderado – Severo

Le quedo alguna secuela del COVID?.....

Indique si padece actualmente o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: SI / NO

Diabetes Afección Cardíaca Hipertensión Hipotensión
Dislipemias EPOC Sonambulismo Epilepsia Alergias Anemia
Asma Claustrofobia Vértigos Desmayos Afección cutánea Diabetes
otros:

Es fumador/a habitual?