



**PARTICIPANTE N°**

## FICHA MÉDICA

### Datos personales

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

### En caso de urgencia avisar a:

Contacto 1: Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Relación / parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/s: \_\_\_\_\_  
 Contacto 2: Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Relación / parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/s: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO

¿Por qué enfermedad lo toma?

### Ficha de control médico

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fecha último control médico: \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una (X) cruz si padece o padeció algunas de estas patologías y, en el caso de ser necesario, consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	Si	Datos de utilidad
1. Hipertensión Arterial		
2. Diabetes		
3. Celiaquía		
4. Afecciones alérgicas		
5. Afecciones respiratorias		
6. Afecciones cardiovasculares		
7. Afecciones traumatológicas		
8. Epilepsia		
9. Asma		
10. Lesiones		
11. Cirugías		
12. Limitaciones para el ejercicio físico		
13. Uso de lentes de contacto		
14. Otras		

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma / Fecha