



APTO MEDICO DEPORTIVO

La Fiesta del
Mountain Bike
EN LA PATAGONIA

DECLARACION JURADA

FECHA/...../.....

FICHA PERSONAL

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA

NOMBRES Y APELLIDOS:		
EDAD:	CEDULA DE IDENTIDAD:	CELULAR:
CIUDAD DE ORIGEN:	PROFESIÓN U OFICIO:	
NUMERO DE EMERGENCIAS Y NOMBRE COMPLETO:		

FICHA MEDICA ACTUALIZADA AL DÍA DE HOY

¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?

ASMA: SI / NO	DIABETES: SI / NO	HEPATITIS: SI / NO	ALERGIAS: SI / NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SI / NO		¿Se encuentra en algún tratamiento médico? SI / NO	
¿Sufrió alguna enfermedad durante los días previos? SI / NO Cual?			

Tiene algún impedimento físico: SI / NO ¿CUÁL?

Fecha de su último control médico:/...../.....

Ultimo control cardiológico:

Cobertura médica: SI / NO ¿Cuál?

Teléfono de emergencia:

IMPORTANTE: SI HAY DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS MEDICO HAGA UNA ACLARACIÓN A CONTINUACIÓN

NOMBRE COMPLETO

FIRMA