



FICHA MÉDICA

XI Raid Ciudad de Arucas 2010

APELLIDO y NOMBRE: _____

TELEFONO FAMILIAR Ó TUTOR: _____

PESO PARTICIPANTE: _____ Frecuencia Cardiaca en Reposo: _____

ALTURA: _____ Grupo Sanguíneo y Factor: _____

Fecha Último Control Médico: _____

ERGOMETRIA (SI / NO)

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

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

Enfermedades Crónicas: _____ Intervenciones quirúrgicas: _____

Alérgico a algo?: _____ Toma algún medicamento?: _____

Alguna lesión severa: _____ Suplementos: _____

Lesiones crónicas: _____

Marcar problemas que padece o ha padecido alguna vez

Agotamiento por calor

Vomitir sangre

Micción dolorosa

Convulsiones

Golpe de calor

Estreñimiento

Prob. Menstruales

Cefaleas

Tos o resp. Forzada

Diarrea

Retraso de regla

Dolor torácico

Heces c/ sangre

Dolor de espalda

Mareos

Expect. C/ Sangre

Sangre en orina

Dolores articulares

Desmayos

Dolor de estómago

Hernias

Conmociones

Otros:

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

Nombre Evento: _____ Fecha: _____

¿Tienes que realizarte algún control médico previo?

FDO.

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I o Pasaporte: _____

**IMPRIMIR, FIRMAR Y ENVIAR POR FAX AL SIGUIENTE NÚMERO,
Tlf: 928 621753 – CASA DEL DEPORTE DE ARUCAS**

www.raidciudaddearucas.com

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ARUCAS
CONCEJALÍA DE DEPORTES
35400 - Arucas - Las Palmas de G.C.
Tel: 928 62 17 54
Fax: 928 62 17 53