

**“Campeonato Nacional Interclubes de Apnea Indoor por Categorías Novatos,
Junior, Senior y Master 2024” del 22 al 25 de marzo de 2024 – Santiago de Cali**

**ANEXO 3
Formato Médico**

Ciudad y Fecha: _____ Liga/Club _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres _____ Apellidos _____

Identificación _____ Lugar de nacimiento _____

Edad _____ Años Sexo M F

Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Ocupación: _____ Empresa _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono oficina Ext.

Tel Res CEL

INFORMACIÓN MÉDICA

Historia y Antecedentes Clínicos

Peso _____ Kgr Talla _____ Mts Pulso _____ Pxm _____

Frecuencia respiratoria _____ Temperatura _____ Tensión arterial _____

Marque con una (x) al lado de cada circunstancia que le haya afectado en su historia médica actual o anteriormente y explique abajo si es necesario

Gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Piezas dentales postizas	<input type="checkbox"/>	Limitaciones Físicas	<input type="checkbox"/>
Enfermedades emocionales	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Vértigo-Desmayos	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

Escriba los medicamentos que esta tomando actualmente _____

Fecha del último examen médico _____

Compañía de seguros médicos/EPS _____ N° Afiliación _____

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA

Yo, entiendo que la actividad de la apnea de competencia es una actividad riesgosa que involucra cambios de presión significativos y que el funcionamiento normal del corazón, los pulmones, oídos, senos paranasales son prerrequisitos esenciales para mi seguridad y bienestar. Firmando este formato, confirmo que conozco plenamente la actividad deportiva que practico, así como los riesgos que asumo y estoy seguro de mis capacidades físicas y de gozar de buena salud.

Firma Deportista

CONCEPTO MÉDICO

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Ninguna	<input type="checkbox"/>	Absoluta	<input type="checkbox"/>
Temporal	<input type="checkbox"/>	Relativa	<input type="checkbox"/>

Conclusiones y/o Recomendaciones _____

Nombre Médico _____ Registro _____ Fecha _____
Firma y Sello _____