



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS

ANEXO 4
II JUEGOS FEDECAS
ORIENTACION SUBACUATICA
Santiago de Cali, Diciembre 04 al 06 de 2011

Formato Médico

Ciudad y Fecha: Liga

INFORMACIÓN PERSONAL

Form fields for personal information: Nombres, Apellidos, Identificación, Lugar de nacimiento, Edad, Sexo, Fecha de nacimiento, Ocupación, Empresa o Colegio, Dirección, Ciudad, Teléfono oficina, Ext., Tel Res, CEL.

INFORMACIÓN MEDICA

Historia y Antecedentes Clínicos

Form fields for medical history: Peso, 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

Form fields for medical conditions: Gafas o lentes de contacto, Asma, Piezas dentales postizas, Limitaciones Físicas, Enfermedades emocionales, Otro problema Médico, Diabetes, Vértigo-Desmayos.

Comentarios:

Form fields for current medication, last medical exam date, insurance company, and affiliation number.

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MEDICA

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 prerequisites 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

Form fields for contraindications: Ninguna, Absoluta, Temporal, Relativa.

Conclusiones y/o Recomendaciones

Form fields for doctor registration, signature, and date.

Enviar antes de la fecha límite del 19 de Noviembre de 2011-E-mail: livas-