**FICHA MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Fecha de nacimiento: | | | Día / Mes / Año |
| Dirección: | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | |
| DNI: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Nacionalidad: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Teléfono particular: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Profesión: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Cobertura médica: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Nº de afiliado: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Realiza algún deporte? | | . . . . . | | Con qué frecuencia? | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Ha realizado actividades de montaña anteriormente? | | | | . . . . . | | | |
| Tiene un régimen alimentario específico? | | . . . . . | | Si lo tiene, indique la causa: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| En caso de emergencia comuníquense con: | | Nombre: . . . . . . . . . . . . . . | | | | Teléfono: . . . . . . . . . . . . . . | |
| Altura | | . . . cm | | Peso | | | . . . kg |
| Antecedentes de enfermedad: | | . . . . . . . . . . . . . . | | Grupo sanguíneo | | | . . . . |
| Ha sido operado en los últimos 4 meses? | | . . . . . | | Especificar cirugías: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Toma regularmente alguna medicación? | | . . . . . | | Cuál medicación: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Estuvo internado en el último año? | | . . . . . | | Motivos de la internación: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Es diabético? | | . . . . . | | Es asmático? | | | . . . . . |
| Es alérgico? | | . . . . . | | Es hipertenso? | | | . . . . . |
| Fuma? | | . . . . . | | Sufrió infarto cardíaco? | | | . . . . . |
| Alguien de su familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años? | | | | | | | . . . . . |
| Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardiaca? | | | | | | | . . . . . |
| Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene antecedentes de Epilepsia o convulsiones? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene dolores de espalda al realizar ejercicios? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene dolores articulares? | | | | | | | . . . . . |
| Alguna vez ha experimentado falta de aire mientras realiza ejercicios físicos? | | | | | | | . . . . . |
| Ha tenido fracturas, luxaciones crónicas o lesiones ligamentosas en los últimos 4 meses? | | | . . . . . | | En caso de haber tenido, especificar en dónde: | | . . . . . . . . . . . . . . |

En caso de padecer o sospechar de alguna afección cardíaca consultar al Cardiólogo. (estudios que se pueden pedir: Rx. De tórax, electrocardiograma, prueba ergometría graduada y ecocardiograma).

***Los datos completados son certeros, me encuentro en buena condición física, he sido bien informado sobre las características del ascenso antes de firmar esta planilla.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |
| Firma | Aclaración | Fecha |