



## Historial Médico

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Tiene seguro médico: ..... no      sí

Nombre y teléfono de la compañía \_\_\_\_\_

Tiene alguna limitación física o de salud, permanente o temporal, que crea que puede afectar su participación en una actividad de Ecosport?.....no      sí

Tiene alguna lesión crónica o recurrente?.....no      sí

Toma alguna medicación?.....no      sí

Tiene algún tipo de alergia para alguna medicina, planta, animal o insecto?..... no      sí

Tiene alguna operación reciente?.....no      sí

Tiene asma?..... no      sí

Tiene diabetes?..... no      sí

Si dijo SI alguna de las anteriores por favor descríbala: \_\_\_\_\_

Tiene historial médico pasado de:

Presión alta \_\_      Toma medicinas para presión alta \_\_      Taquicardia \_\_

Dolor en el pecho \_\_      Paro cardíaco \_\_

Si dijo SI alguna de las anteriores por favor

descríbala: \_\_\_\_\_

Vértigo, claustrofobia o miedo a la oscuridad?

Restricciones dietéticas:

Alguna otra condición o problema:

### Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Firma Representante Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_