

Baruexpedition

CUESTIONARIO MEDICO

Autoevaluación medica

Apellido

Nombre:

1 ¿Su médico le ha dicho alguna vez que tiene alguna afección cardíaca y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un médico? SI ☐ no ☐

2 ¿Siente dolor en el pecho cuando hace actividad física? SI ☐ no ☐

3 En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no hace actividades físicas? SI ☐ no ☐

4 ¿Pierde su equilibrio debido a mareos o alguna vez has perdido el conocimiento? SI ☐ no ☐

5 ¿Tiene algún problema óseo o articular (Por ejemplo, espalda, rodilla o cadera) que podría empeorar por el cambio de su actividad física? SI ☐ no ☐

6 ¿Su médico le prescribió algunos medicamentos actualmente (por ejemplo, algún tipo de pastilla) para la sangre o corazón? SI ☐ no ☐

7 ¿conoces alguna razón Por la qué no deberías hacer ninguna actividad física? SI ☐ no ☐

SI la respuesta es "SÍ" a una de estas preguntas, debemos solicitar que consulte con un médico antes de participar en la expedición o aventura.

FIRMA:

FECHA:

Evaluación médica (solo si su respuesta fue "SÍ" en una o más de las preguntas)

El participante arriba mencionado, desea ser parte en actividades de montañismo, las cuales podrían incluir actividades agotadoras en áreas remotas, siendo pero no limitadas, senderismo, cargas pesadas, campamentos en montañas, exposiciones potenciales a elementos de la naturaleza. Su opinión sobre las condiciones físicas del participante para dicha actividad es muy importante, por lo tanto la solicitamos.

No encuentro una condición médica incompatible con la actividad mencionada e este documento.

Nombre de medico:

Dirección:

Teléfono:

Correo:

Soy incapaz de recomendar a este participante para la actividad mencionada en este documento.

Nombre de medico:

Dirección:

Teléfono:

Correo:

Nota: