

CUESTIONARIO MEDICO DEL COMPETIDOR

Datos personales del competidor:		
Nombre y Apellido:		
Dirección:		
Colonia:		
C.P.:		
Estado:		
Tel. Particular:		
e-mail:		
Importante: cada participante tiene la obligación de llenar todos los espacios. La información de este cuestionario será tratada de manera confidencial.		
1. ¿ Tomas algún medicamento cotidianamente (por prescripción o por tu cuenta)? De ser sí, especifica las cantidades y el tipo de medicamento que estás tomando.	() SI	() NO
2. ¿ Eres alérgico a algún medicamento? De ser sí, especifica nombre y tipo del medicamento.	() SI	() NO
3. Menciona cualquier otro tipo de alergia que padezcas (comida, abejas, polen, polvo) y si estás en tratamiento:		
4. ¿Has estado bajo tratamiento médico contra alguna enfermedad en los últimos tres años? De ser sí, especifica de que se trató.	() SI	() NO
5. ¿ Has tenido o se te han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?:		
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Hepatitis del tipo	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Presión baja <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento de brazos y piernas <input type="checkbox"/> Epilepsia	
6. ¿Has sido sometido a cirugía o procedimientos quirúrgicos en los últimos tres años De ser sí, especifica de que se trató.	() SI	() NO
7. ¿ Cual es tu tipo de sangre y factor RH? (esta información es obligatoria)		
9. ¿Usas anteojoso o lentes de contacto? De ser sí, especifica cuales.	() SI	() NO
10. ¿Hay algo más que debamos saber concerniente a tu salud? De ser sí, especifica de que se trata.	() SI	() NO
8. Si eres mujer: ¿Hay alguna posibilidad de que estés embarazada?	() SI	() NO
EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A:		
Nombre y Apellido:		
Dirección:		
Ciudad/Estado/País:		
Teléfono: Celular:		
AFIRMO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE DECLARADO ES VERIDICA Y EXACTA, ASUMIENDO TODA LA RESPONSABILIDAD.		
LUGAR Y FECHA:		
FIRMA:		