

FICHA MEDICA Carrera "Huela Entrerriana Rally Raíd 2024"

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Apellido, Nombre y DNI:** \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Presión sanguínea: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Ultimo control médico: \_\_\_\_\_ Evaluación deportiva: \_\_\_\_\_

Ergometría: \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_

**Antecedentes** (tache lo que NO corresponde):

Diabetes: SI-NO Anemia: SI-NO Ansiedad: SI-NO Arritmia: SI-NO

Hipertensión: SI-NO Sincope: SI-NO Covid: SI-NO Ninguno: SI-NO

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

**Enfermedades:**

Crónicas: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Lesión severa: \_\_\_\_\_ Lesión crónica: \_\_\_\_\_

**Cirugías:** \_\_\_\_\_

**Suplementos:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Problemas de salud** (aclare por SI o por NO lo que corresponda):

Agotamiento por calor: \_\_\_ Heces con sangre: \_\_\_ Diarrea: \_\_\_ Expectorar con sangre: \_\_\_

Sangre en orina: \_\_\_ Problemas menstruales: \_\_\_ Retraso de regla: \_\_\_ Desmayos: \_\_\_

Hernias: \_\_\_ Micción dolorosa: \_\_\_ Golpes de calor: \_\_\_ Cefaleas: \_\_\_ Mareos: \_\_\_

Dolor de estomago: \_\_\_ Dolor de espaldas: \_\_\_ Estreñimiento: \_\_\_ Convulsiones: \_\_\_

Dolores articulares: \_\_\_ Tos o respiración forzada: \_\_\_ Dolor torácico: \_\_\_ Alteraciones

emocionales: \_\_\_ Vómitos con sangre: \_\_\_ Ninguno: \_\_\_

OTRO/S: \_\_\_\_\_

Ultima competencia: \_\_\_\_\_

Fecha ultima competencia: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, comunicarse con: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello médico*