

FORMATO AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD COMPETENCIA PETZL ROPE TRIP 2023

CIUDAD :		FECHA	DD	MM	AA
----------	--	-------	----	----	----

AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL PARTICIPANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° DE IDENTIFICACIÓN
SEXO	F	M	
EDAD (años)		ESTADO CIVIL	Casado
TEL	CEL	Soltero	U. Libre
			Separado
			Grupo sanguíneo:

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS	CEL DEL CONTACTO DE EMERGENCIAS
---------------------------------	---------------------------------

Seguro privado	IES	OTRO
----------------	-----	------

¿ Padece algunas de las siguientes enfermedades? Marque con una (x) según aplique.

Enfermedades de corazón.		Miedo a la altura / vértigo.		Alcoholismo o dependencia de drogas.	
Epilepsia, convulsiones y desmayos.		Dificultad motriz.		Diabetes.	
Presión arterial alta.		Mareo / dificultad con el equilibrio.		Enfermedades psiquiátricas.	
¿Padece de alguna otra enfermedad?	SI	NO	¿Cual?		

" Según mi conocimiento y de buena fé declaro que no sufro de ninguna enfermedad mental o física, incluyendo las mencionadas anteriormente, que pudiera interferir con mi habilidad para el desarrollo de las actividades en altura de manera satisfactoria o poner a mi persona o a otros en riesgo. Al mismo tiempo asumo la responsabilidad de cumplir con estos requisitos el día de la actividad y en caso contrario, acepto ser excluido de la misma sin derecho a reclamo o devoluciones". "Entiendo que el personal responsable de la instrucción/actividad, tiene pleno derecho para exigir certificado médico, así como este formato, debidamente firmado, si lo considera importante antes o durante la actividad y acato la autoridad del personal para expulsar o excluir de la actividad si mis condiciones físicas y/o mentales son consideradas no apropiadas para la actividad"

El abajo firmante en completo conocimiento de los riesgos y peligros inherentes en las áreas ó participando en los eventos antes citados, da su aprobación para la participación a sabiendo estos peligros. En testimonio de fe, que la persona aquí registrada declara haber entendido lo anteriormente descrito y añade la firma en forma voluntaria.

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos 6 meses?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso de que sea afirmativo indique cual
¿Ha tomado algún medicamento que le genere restricción para desarrollar actividades en alturas?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso de que sea afirmativo indique cual
¿Ha presentado síntomas relacionados al COVID 19?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso de que sea afirmativo indique cual
¿Has estado en contacto con personas con sospechas o confirmación de COVID-19?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES

--

Nombre del participante:	FIRMA
C.C.:	