



## DESAFIO DEPORTIVO BIATLON NUESTRA CASA FICHA DE INSCRIPCIÓN

FECHA:			
<b>DATOS PERSONALES</b>			
NOMBRES Y APELLIDOS:			
No. IDENTIFICACIÓN:		TIPO DE SANGRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	
ANTECEDENTES DE SALUD:		TELEFONO:	
NOMBRE DE SU EPS		Contributivo:	Subsidiado:
NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
<b>CUESTIONARIO Y CONSENTIMIENTO</b>			
A continuación, se relacionan unas preguntas diseñadas para obtener datos significativos en cuanto a su estado de salud, posibles patologías permitiendo la práctica segura de actividad física. Por favor lea con cuidado y responda a cada una de ellas. Marcando SI o NO			<b>SI/NO</b>
1	¿Le ha dicho alguna vez su médico que tiene una afección del corazón y que únicamente debe hacer actividad física recomendada por un profesional de la salud?		
2	¿Siente dolor en el pecho cuando realiza actividad física?		
3	¿Durante el mes pasado, sufrió dolor en el pecho mientras hacía actividad física?		
4	¿Pierde el equilibrio debido a mareo o alguna vez ha perdido la conciencia?		
5	¿Tiene algún problema óseo o de articulaciones (por ejemplo, espalda, rodilla o cadera) que podría ser empeorado por aumento en su actividad física?		
6	¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado por su médico para la presión sanguínea o afección del corazón?		
7	¿Conoce usted alguna razón por la que no debería realizar actividad física?		
8	En el último año ha estado hospitalizado? Cual fue la causa		
9	Ha tenido gripa, congestión nasal o dolor de cabeza?		
10	Se ha vacunado contra el Covid?		
<p>Declaro que en forma libre y voluntaria he decidido participar de "LA COMPETENCIA DESAFIO DEPORTIVO BIATLON NUESTRA CASA" Realizado por el MUNICIPIO DE YAGUARA el día 10 de Diciembre del 2023. Afirmo que los datos consignados son veraces, que se me ha explicado e informado ampliamente acerca de los beneficios y los riesgos, así mismo he tenido la oportunidad de plantear preguntas o exponer inquietudes respecto de las rutas y disciplinas deportivas, y han sido resueltas satisfactoriamente. Me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en mi condición física y de salud que pueda afectar mi participación en la competencia. Por todo lo anterior, exonero de toda responsabilidad a quienes lideran, dirigen y controlan la competencia, asumiendo la responsabilidad de cualquier tipo de riesgo o accidente que se genere por mi participación</p>			
Se firma en YAGUARÁ a los ____ días del mes de ____ del 2023			
FIRMA:			
NOMBRE COMPLETO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			

Anexos: Fotocopia de Cedula de Ciudadanía, certificación Afiliación a Salud