

HISTORIAL PERSONAL DE PARTICIPANTES

Centro de Acondicionamiento Físico del Recinto de Ciencias Médicas

Empleado

Estudiante

Participante Externo

Nombre: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Cel: _____

Email: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino

Seguro Social : _____

Escuela y/o lugar de trabajo: _____

Departamento: _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Tel.: _____

Parentesco: _____

Conteste las siguientes preguntas:

Tipo de Sangre: _____ ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> lesión en rodilla	<input type="checkbox"/> Problemas espalda baja	<input type="checkbox"/> problemas en cuello
<input type="checkbox"/> lesión en codos	<input type="checkbox"/> lesión en tobillos	<input type="checkbox"/> problemas corazón
<input type="checkbox"/> lesión en hombros	<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> alta presión	<input type="checkbox"/> problemas circulatorios
<input type="checkbox"/> otras (especifique): _____		

CERTIFICACION MÉDICA

Certifico que he examinado a _____, y que se encuentra en buen estado de salud física y emocional, que está libre de enfermedades infecto-contagiosas y que puede realizar esfuerzo físico:

fuerte moderado leve

Nombre del Médico (letra de molde)

Dirección

Firma y Núm. de licencia

Tel.: _____



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO