Apto Médico y Datos Varios

La siguiente planilla fue pensada por especialistas (Guías de Montaña y un Médico) con el objetivo de recabar la mayor cantidad de datos posibles relacionados con la actividad que usted está por realizar.

Esto contribuye a la tranquilidad de todos y un mejor servicio de parte nuestra evitando situaciones de riesgo y difícil manejo en la montaña.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Fecha de nacimiento: | | | Día / Mes / Año |
| Dirección: | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | |
| DNI: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Nacionalidad: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Teléfono particular: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Profesión: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Cobertura médica: | . . . . . . . . . . . . . . | | | Nº de afiliado: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Realiza algún deporte? | | . . . . . | | Con qué frecuencia? | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Ha realizado actividades de montaña anteriormente? | | | | . . . . . | | | |
| Tiene un régimen alimentario específico? | | . . . . . | | Si lo tiene, indique la causa: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| En caso de emergencia comuníquense con: | | Nombre: . . . . . . . . . . . . . . | | | | Teléfono: . . . . . . . . . . . . . . | |
| Altura | | . . . cm | | Peso | | | . . . kg |
| Antecedentes de enfermedad: | | . . . . . . . . . . . . . . | | Grupo sanguíneo | | | . . . . |
| Ha sido operado en los últimos 4 meses? | | . . . . . | | Especificar cirugías: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Toma regularmente alguna medicación? | | . . . . . | | Cuál medicación: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Estuvo internado en el último año? | | . . . . . | | Motivos de la internación: | | | . . . . . . . . . . . . . . |
| Es diabético? | | . . . . . | | Es asmático? | | | . . . . . |
| Es alérgico? | | . . . . . | | Es hipertenso? | | | . . . . . |
| Fuma? | | . . . . . | | Sufrió infarto cardíaco? | | | . . . . . |
| Alguien de su familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años? | | | | | | | . . . . . |
| Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardiaca? | | | | | | | . . . . . |
| Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene antecedentes de Epilepsia o convulsiones? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene dolores de espalda al realizar ejercicios? | | | | | | | . . . . . |
| Tiene dolores articulares? | | | | | | | . . . . . |
| Alguna vez ha experimentado falta de aire mientras realiza ejercicios físicos? | | | | | | | . . . . . |
| Ha tenido fracturas, luxaciones crónicas o lesiones ligamentosas en los últimos 4 meses? | | | . . . . . | | En caso de haber tenido, especificar en dónde: | | . . . . . . . . . . . . . . |

En caso de padecer o sospechar de alguna afección cardíaca consultar al Cardiólogo. (estudios que se pueden pedir: Rx. De tórax, electrocardiograma, prueba ergometría graduada y ecocardiograma). Esta declaración debe presentarse junto con un examen periódico de salud en el cuál su médico de cabecera certifique que usted está apto para realizar la excursión de ascenso al volcán Lanin, ejercicio de intensidad Moderada-Alta .

Los datos completados son certeros, me encuentro en buena condición física, he sido bien informado sobre las características del ascenso antes de firmar esta planilla.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |
| Firma | Aclaración | Fecha |