



Formulario Médico Confidencial para UMBRALES

Se debe entregar este formulario por el participante aceptado para esta la fecha: 15 de abril del 2019

Apellido		Nombre	
Domicilio		Número del Apartamiento	
Ciudad	Estado o País		Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico	Fecha de Nacimiento

Contacto personal y acceso al médico en caso de Emergencia:

Nombre		Relación	
Teléfono de día	Teléfono de noche		
Nombre de tu médico personal		Teléfono de la Oficina	
Nombre de tu seguro médico		Número de póliza médica	

1. Marca (v) cuales tienes de estas condiciones médicas:

- Epilepsia/convulsiones Hemorragia/trastorno de coagulación Enfermedad cardiaca
 Asma/enfisema Hipertensión Diabetes
 No tengo ninguna de estas condiciones médicas Otra: _____

2. ¿Acaso se te ha hecho comentarios que roncas fuerte hasta el punto de disturbar el sueño de otras personas?

- Sí No Uso una máquina de CPAP

Comentario: _____

3. Indica cuales alergias tienes (a los alimentos, a las medicinas, a los elementos de la naturaleza):

- No estoy consciente de ninguna alergia

4. Indica los medicamentos que tomas diariamente:

- No tomo medicinas

5. ¿Alguna de las medicinas que tomas requieren la refrigeración?

- Sí No llevo medicinas que requieren la refrigeración

6. Si existe otra condición médica que se debe hacer conocer antemano, explica por favor:

7. Explica con detalle algún procedimiento médico que requieres durante el evento:

Al firmar este documento, yo entrego esta información para el uso confidencial del personal de UMBRALES, del personal de las instalaciones del evento, y/o del personal médico que tenga que proveerme algún tratamiento médico durante el evento.

Firma

Fecha