



NÚMERO DE COMPETENCIA

NOMBRE PARTICIPANTE

---

EDAD

---

GRUPO SANGUINEO

---

### Cuestionario Médico

La siguiente información es crucial para el staff médico del IRONMAN PUCÓN 70.3 para así asegurarle al corredor el cuidado necesario en caso de un accidente durante la carrera. Si su respuesta es SI a cualquiera de las preguntas, conteste esta en el espacio proporcionado. Puede agregar una hoja adicional si es necesario.

1- ¿Tiene Ud. alguna condición médica crónica o recurrente?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Por favor especifique)

2- ¿Está actualmente tomando algún medicamento?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Por favor especifique)

3- ¿Es Ud. alérgico o tiene alguna reacción adversa a algún tipo de medicamento?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Por favor especifique)

4- ¿Alguna vez ha requerido algún tipo de tratamiento médico durante o después de un evento de largo aliento?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Por favor especifique)

5- ¿Es Ud. es portador de Hepatitis B o algún otro tipo de enfermedad?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Por favor especifique)