

# FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMAS CENTRO

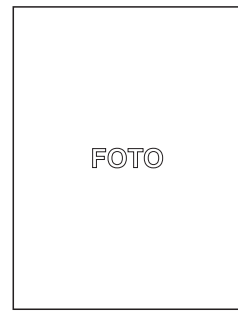
Recreación



## DATOS DE LA PERSONA A INSCRIBIRSE

FECHA  DD  MM  AA

NOMBRE Y APELLIDOS



FECHA NACIMIENTO  DD  MM  AA EDAD  TIPO SANGRE  PESO  TALLA

DOC. DE IDENTIDAD  RC  TI  CC N° DOC  IMC

EPS  GRADO ESCOLARIDAD

COLEGIO  AFILIADO A COMFANDI  SI  NO  CATEGORÍA  A  B  C

TELÉFONO  TELÉFONO CELULAR

E-MAIL  FACEBOOK

NOMBRE DE LA MADRE  N° DOC

E-MAIL  N° CELULAR

NOMBRE DEL PADRE  N° DOC

E-MAIL  N° CELULAR

NOMBRE ACUDIENTE

E-MAIL  N° CELULAR

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

CENTRO RECREATIVO

DEPORTE AL QUE ASISTIRÁ

DÍAS LUN  MAR  MIE  JUE  VIE  SAB  HORARIO

## INFORMACIÓN GENERAL

SI NO

¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión que le impida practicar ejercicio?( HT, Diabetes, colesterol, problemas cardio vasc)

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente que le afecte o le impida practicar ejercicio?

¿Está tomando actualmente alguna medicación permanente?

¿Ha tomado alguna vez suplementos o vitaminas para perder o ganar peso, o mejorar el rendimiento?

¿Tiene alguna alergia?

Indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas:

Enrojecimiento durante o después del ejercicio

Pérdida del conocimiento

Mareo durante o después del ejercicio

Dolor torácico durante o después del ejercicio

Fatiga antes que los demás compañeros

SI NO

Taquicardia o palpitaciones

Soplos cardiacos

Miembro de familia cercano muerto por problemas cardiacos antes de 50 años o de muerte súbita

Infecciones en el último mes

¿Algún médico le ha prohibido o limitado el ejercicio?

¿Tiene algún problema de piel, que lo afecte para el ejercicio o la piscina?

¿Ha tenido alguna vez un trauma craneal con pérdida de conciencia?

¿Ha tenido alguna vez convulsiones?

¿Ha tenido alguna vez dolor de cabeza intenso?

¿Ha tenido alguna vez pérdida de fuerza repentina, "hormigueos" o adormecimiento en brazos o piernas?

¿Se ha sentido enfermo posterior el ejercicio?

¿Tiene tos o dificultad respiratoria durante o después del ejercicio?

¿Utiliza algún equipamiento protector o corrector habitualmente?

¿Tiene algún problema de visión o necesita de gafas de manera permanente?

¿Ha tenido: esguinces, distensiones, fracturas, luxaciones, tendinitis u otros?

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Padres o abuelos, padecen o han padecido alguna enfermedad)**


**OBSERVACIONES**


Teniendo en cuenta la ley 1266 de 2008. toda persona tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar toda aquella información que se relacione con ella y que se recopile o almacene en centrales de información, teniendo en cuenta lo anterior:

1. Avisaré a Comfandi, de inmediato si se modificara alguna de las respuestas antes dadas.
2. Los datos aquí reseñados son secretos y serán tratados según establece la ley sobre protección.
3. Acepto que los datos de interés sobre mi salud sean conocidos por el profesor correspondiente.
4. He entendido lo que se me ha preguntado y firmo libremente.

Nombre completo \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_