

**“2025 CMAS Pan-American Championship Freediving
Indoor Junior - Senior
Ibagué, Colombia del 19 al 24 de agosto de 2025**

Formato Médico

Ciudad y Fecha: _____ País _____

Federación: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres _____ Apellidos _____

Identificación _____ Lugar de nacimiento _____

Edad _____ Años Sexo M F

Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Ocupación: _____ Empresa _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono oficina Ext.

Tel Res Cel

INFORMACIÓN MÉDICA

Historia y Antecedentes Clínicos

Peso _____ Kgr Talla _____ Mts Pulso _____ Pxm _____

Frecuencia respiratoria _____ Saturación con FIO2 al 21% _____

Ciudad y altura donde se tomó _____ Tensión arterial _____

Marque con una (x) al lado de cada circunstancia que le haya afectado en su historia médica actual o anteriormente y explique abajo si es necesario

Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	Gafas o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	Piezas dentales postizas	<input type="checkbox"/>	Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Enfermedades emocionales	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Vértigo - Desmayos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad gripal reciente (menos de 1 semana)	<input type="checkbox"/>				

Comentarios: _____

Escriba los medicamentos que está tomando actualmente _____

Fecha del último examen médico _____

Compañía de seguros _____ N° Afiliación _____

DECLARACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA

Yo, entiendo que la actividad de la apnea de competencia es una actividad riesgosa que involucra cambios de presión significativos y que el funcionamiento normal del corazón, los pulmones, oídos, senos paranasales son prerequisites esenciales para mi seguridad y bienestar. Firmando este formato, confirmo que conozco plenamente la actividad deportiva que practico, así como los riesgos que asumo y estoy seguro de mis capacidades físicas y de gozar de buena salud.

Para los atletas Junior que son menores de edad debe firmar un padre o tutor.

 Firma Deportista

CONCEPTO MÉDICO

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Ninguna	<input type="checkbox"/>	Absoluta	<input type="checkbox"/>
Temporal	<input type="checkbox"/>	Relativa	<input type="checkbox"/>

Conclusiones y/o Recomendaciones _____

Nombre Médico _____ Registro _____ Fecha _____

 Firma y Sello