**2025 CMAS 2025 CMAS Pan-American Championship Freediving Indoor Junior - Senior**

**Playa del Carmen, Quintana Roo, México octubre 18 al 23 de 2025**

**Formato estado de salud para participación**

Ciudad y Fecha:

## Federación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL

País

Nombres Identificación

Apellidos Lugar de nacimiento

Edad Años Sexo M F Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Ocupación: Empresa \_\_\_\_\_\_ \_\_ \_

Dirección Ciudad Teléfono oficina

Ext.

CEL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Tel Res

## INFORMACIÓN MÉDICA

### Historia y Antecedentes Clínicos

Peso Kgr Talla Mts Pulso Pxm Frecuencia respiratoria Temperatura 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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Gafas o lentes de contacto Piezas dentales postizas Enfermedades emocionales Diabetes

Asma

Limitaciones Físicas Problemas Cardiacos Vértigo-Desmayos

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Comentarios:

Escriba los medicamentos que está tomando actualmente Fecha del último examen médico

Compañía de seguros Nº 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, oíd o s, senos paranasales son prerrequisitos esenciales p a r a 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Padre o Tutor