

EXPEDICIÓN LLANGANATI

FORMULARIO MEDICO

Los Llanganates

EXPED260222



KINGUE
adventure school



Formulario Médico

- - - - X

Nombre y Apellido _____

Género _____ Edad _____

Toda la información en este formulario es estrictamente confidencial.

Las expediciones de Kingue Escuela de Aventura SCP, operan en lugares remotos donde una evacuación a facilidades modernas puede tomar algunos días y recursos.

Condiciones de vivienda mientras estemos en la expedición, dormiremos afuera. Vamos a tener días largos y físicamente demandantes, armaremos nuestro propio campamento y cocinaremos nuestra propia comida. Las condiciones climáticas pueden llegar a ser extremas dependiendo del día. Es una expectativa que cada estudiante mantenga un buen cuidado de sí mismo/a.

Demanda física, las expediciones requieren cargar una maleta de hasta 60 libras o más, en terreno agreste, hostil, lodoso.

Es necesario que para este curso se preparen físicamente, para poder disfrutar y aprender lo que más se pueda de este curso. Puede que este curso sea bastante demandante física y emocionalmente.

Por favor contestar las siguientes preguntas con completa transparencia y honestidad (dara información al equipo de instructores, operaciones y logística para asegurar su seguridad durante el curso)

En caso de emergencia (contactar a:)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación al estudiante: _____



Historia Médica General

El/la estudiante tiene actualmente o historia de:

1. ¿Problemas respiratorios? ¿Asthma? SI NO

Si responde "SI", por favor traer uno a más "Inhalador de Dosis Medida"

Porque pasan los ataques? Último episodio? Hospitalización?

2. ¿Problemas gastrointestinales? SI NO

3. ¿Diabetes? SI NO
-
-
-

4. ¿Problemas de sangre? Trombosis? SI NO

5. ¿Hepatitis o problemas con el hígado? SI NO
-
-
-

6. ¿Problemas neurologicos? Epilepsia? SI NO

7. ¿Convulsiones? SI NO

8. ¿Mareos y desmayos? SI NO

9. ¿Migrañas? ¿Medicaciones? ¿Frecuencia? SI NO
-
-
-

10. ¿Problemas en las vías urinarias? SI NO
-
-
-

11. ¿Tratamiento o medicaciones para calambres menstruales? SI NO

12. ¿La estudiante está embarazada? SI NO
-
-
-
-
-



-
13. ¿Alguna historia de alguna enfermedad/problema cardiaco o factores de riesgo significantes? ¿Hypertension, diabetes, tachycardia, dolor en pecho? ¿Pariente cercano con alguna condición cardiaca? ___ SI ___ NO

Musculoesqueletal

El/la estudiante tiene historial (en los últimos 3 años) de:

14. Rodillas, cadera, pierna, tobillos (incluyendo cirugía) ___ SI ___ NO
15. ¿Cuál ha sido la actividad física más demandante desde la cirugía?

-
-
-
16. ¿Hombro, brazo, espalda? (incluyendo cirugía) ___ SI ___ NO
17. ¿Cuál ha sido la actividad física más demandante desde la cirugía?

-
-
-
18. Problemas de articulaciones ___ SI ___ NO

-
-
-
19. ¿Lesiones a la cabeza? ¿Pérdida de conciencia? ___ SI ___ NO
-
-
-



Alergias

20. ¿El/la estudiante tiene alergias o intolerancia a algún alimento? ___ SI ___ NO

21. ¿Preferencias alimenticias (vegetariana, vegana, libre de gluten) ___ SI ___ NO

22. ¿Alergias sistémicas a: insectos o medicaciones? ___ SI ___ NO

23. ¿Alguna otra alergia? ___ SI ___ NO

24. ¿El/la estudiante planea tomar alguna medicación (con o sin prescripción)? ___ SI ___ NO

La expedición será en áreas remotas donde el acceso a cuidado médico puede ser de varios días. El/la estudiante tiene que entender el uso de cualquier medicación y sus efectos secundarios. Recomendamos llevar medicaciones extra.





Ejercicio Físico

33. El/la estudiante hace ejercicio regularmente SI NO

Actividad _____ Frecuencia _____ Duracion _____

34. ¿El/la estudiante fuma? SI NO

35. ¿Cuánto pesa el/la estudiante? _____ Cuánto mide el/la estudiante? _____

37. Información adicional

Presión arterial _____ Pulsaciones _____

Firma del Participante

Fecha ____/____/____



Contactos

- - - - x



info@kingue-edu.org



Kingue Escuela de Aventura



www.kingue-edu.org



+593 98 819 0530 (EC)/+593 98 351 4505 (EC)/ +1 (508) 762 6929 (USA)
