

# 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](http://www.kingue-edu.org)



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

---