

PRIMEROS AUXILIOS FORMULARIO MÉDICO

WFA15082021



KINGUE
escola de aventura



Formulario Médico

- - - - X

Nombre y Apellido _____

Género _____ Edad _____

Toda la información en este formulario es estrictamente confidencial.

Los cursos de Kingue Escuela de Aventura SCP, operan en lugares remotos donde una evacuación a facilidades modernas puede tomar tiempo y recursos.

Es necesario que para este curso se preparen físicamente, para poder disfrutar y aprender lo que más se pueda de este curso.

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)
