



## CUESTIONARIO MÉDICO DEPORTIVO WAKO

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
País:	
Seguro médico:	
Evento deportivo:	

NO	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tuvo alguna enfermedad reciente?		
2	¿Nació con alguna parte faltante en su cuerpo?		
3	¿Alguna vez ha sido tratado en un hospital?		
4	¿Toma algún medicamento de forma regular?		
5	¿Toma algún complemento alimenticio?		
6	¿Se ha desmayado durante o después de un entrenamiento?		
7	¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho?		
8	¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta?		
9	¿Alguna vez ha tenido enfermedades en la piel?		
10	¿Tiene alguna enfermedad dermatológica actualmente?		





NO	PREGUNTA	SI	NO
11	¿Sufre de asma?		
12	¿Tiene algún problema relacionado con sus huesos, articulaciones, tendones o músculos?		
13	¿Ha tenido alguna lesión de cráneo acompañada de pérdida de la conciencia?		
14	¿Tuvo dolor de cabeza en los últimos 10 días?		
15	¿Tiene brackets en los dientes? En caso afirmativo, adjunte su certificado médico.		
16	¿Es posible que esté embarazada?		
17	¿Está constantemente en una dieta?		

Por favor, dar más detalles sobre las respuestas marcadas con un "Sí":

---

---

Oficialmente declaro que soy legalmente responsable de todas las respuestas mencionadas anteriormente.

Fecha:

Firma:

Para un Kickboxer menor de 18 años firma del padre o tutor legal:

