

CUESTIONARIO MÉDICO DE LA WAKO

Este documento se refiere al periodo posterior a la emisión del último certificado médico (que no puede tener una antigüedad superior a un año).

Evento: _____

Por favor, lea atentamente la información que figura a continuación, complete los datos solicitados y firme y feche el documento debajo de su nombre. Este formulario debe completarse y entregarse a un responsable de Control Médico durante el registro presencial.

Nombre: _____ **Sports ID:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **País:** _____ **Correo electrónico:** _____

Categoría de peso: _____ **kg** **Estilo:** _____

	SI	No
¿Compite en otros deportes de combate? En caso afirmativo, indique la fecha y el resultado de su último combate.		
¿Ha tenido alguna enfermedad anteriormente?		
¿Naciste con alguna parte del cuerpo faltante?		
¿Ha recibido tratamiento en el hospital?		
¿Toma algún medicamento de forma regular?		
¿Toma algún suplemento alimenticio o algo similar?		
¿Alguna vez te has desmayado durante o después del entrenamiento?		
¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho?		
¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta?		
¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad de la piel?		
¿Tiene alguna molestia dermatológica en este momento?		
¿Sufre de asma?		
¿Tiene algún problema relacionado con los huesos, las articulaciones, los tendones o los músculos?		
¿Ha sufrido una lesión craneal acompañada de pérdida del conocimiento?		
¿Ha tenido dolor de cabeza en los últimos 10 días?		
Si lleva aparatos de ortodoncia, confirma que dispone de un protector bucal personalizado aprobado por su dentista u ortodoncista y que no está compitiendo en contra de sus recomendaciones.		
¿A menudo estás a dieta?		
PARA COMPETIDORAS DE 14 AÑOS EN ADELANTE: Declaro que no estoy embarazada.		

Por favor, proporcione más detalles sobre las respuestas afirmativas: _____

Comprendo la gravedad de estas declaraciones y asumo plena responsabilidad por ellas. En el caso de que posteriormente se demuestre que esta declaración es inexacta o falsa y sufra alguna lesión o daño a la salud relacionado con ello durante la competición, renuncio —en mi nombre y en el de mis herederos, albaceas y administradores— a presentar cualquier reclamación por daños contra WAKO (incluidos sus funcionarios y empleados), los organizadores de la competición (incluidos el Comité Organizador y/o la Federación Anfitriona), los médicos a cargo de la competición y los propietarios de la sede de la competición por dichas lesiones o daños.

Declaro oficialmente que asumo plena responsabilidad por las respuestas facilitadas anteriormente. Asimismo, declaro que, de conformidad con el Reglamento (UE) 679/2016 (RGPD), soy consciente de que los datos recopilados a través de este documento serán tratados para las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad de WAKO y que he consultado dicho aviso en cumplimiento del artículo 13 del RGPD.

Fecha _____ **Firma:** _____

Para un kickboxer menor de 18 años, firma del padre, madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal