

# FICHA MEDICA

DATOS FILIATORIOS

# AIRSOFT

JUEGO DE HONOR

APELLIDO Y NOMBRE: ..... DNI: ..... EQUIPO : .....

GRUPO SANGUÍNEO: ..... FACTOR (RH): ..... OBRA SOCIAL : .....

DOMICILIO : ..... CIUDAD: ..... CP: .....

PROVINCIA: ..... CEL/ FIJO: .....

EN CASO DE NECESIDAD INFORMAR A : ..... CEL/FIJO: .....

EMAIL: ..... FACEBOOK: .....

LOS TELÉFONOS SE DEBEN COMPLETAR CON CÓDIGO DE ÁREA Y DE SER CELULAR CON EL NUMERO 15 (ARGENTINA) O DEPENDIENDO EL PAÍS

Enfermedades que padece o a la que es propenso.

Es Alérgico a:

## HISTORIAL CLÍNICO

(Poner tilde donde corresponda)

Asma .....	<input type="checkbox"/>
Bronquitis .....	<input type="checkbox"/>
Resfrío .....	<input type="checkbox"/>
Afecciones del oído .....	<input type="checkbox"/>
Afecciones de la nariz .....	<input type="checkbox"/>
Afecciones de los ojos .....	<input type="checkbox"/>
Convulsiones .....	<input type="checkbox"/>
Desmayos .....	<input type="checkbox"/>
Constipación .....	<input type="checkbox"/>
Diabetes .....	<input type="checkbox"/>

Comidas .....	<input type="checkbox"/>
Picaduras de insectos .....	<input type="checkbox"/>
Medicamentos .....	<input type="checkbox"/>
Polvo, polen .....	<input type="checkbox"/>
Antibióticos .....	<input type="checkbox"/>
Plumas .....	<input type="checkbox"/>
Otros: .....	

Recomendación, toda persona que sufra de alguna afección o alergias, deberá concurrir al campo con el medicamento correspondiente.

**¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?** (Informe en este cuadro si es insulina dependiente)


**¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?**


**¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? Si / No**

**¿ Régimen especial alimenticio (médico) ¿Cuál?:**


## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por el presente reconozco mi carácter de colaborador en la realización de las partidas de Airsoft en las cuales participe, el carácter gratuito de las mismas y el conocimiento de todos los peligros que implica el entorno natural de juego y la practica de la actividad para mi salud.

Entiendo todos los riesgos inherentes a la practica del Airsoft y asumo mi exclusiva responsabilidad en caso de sufrir lesiones, enfermedades o de poner en peligro la vida, comprometiéndome en todo momento a observar y cumplir las recomendaciones destinadas a reducir los riesgos al mínimo posible.

Soy responsable, conjuntamente con los coordinadores de cada evento, de cumplir y hacer cumplir todas las medidas precautorias posibles para el desarrollo de una practica segura del Airsoft.

Libero de forma absoluta de responsabilidad civil y penal a los coordinadores, propietarios de las instalaciones donde se desarrolla la actividad, equipos constituidos y colaboradores por los daños y perjuicios que pueda sufrir sobre mi persona por la práctica de esta actividad.

LUGAR: .....

EVENTO: .....

FECHA: .....

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN