



FORMULARIO MÉDICO

1. Información personal

- Nombre:
- Fecha de nacimiento:
- Edad:
- Género:

Instrucciones

- Ambas secciones (Parte 1 y Parte 2) del formulario deben completarse en su totalidad y presentarse **impresas y firmadas en original** al momento de retirar el Kit de Nadador. La no presentación del formulario completo invalidará tu participación en la prueba.
- Un formulario incompleto o con datos faltantes también invalidará tu participación.
- A efectos de adelantar la información al personal que intervendrá en el operativo de emergencia sanitaria, el formulario debe ser completado, escaneado y **enviado por correo electrónico** a info@santafecoronda.com.ar antes del 31 de octubre de 2026.
- Se recomienda conservar una copia personal del formulario médico enviado.

PARTE 1: HISTORIAL MÉDICO (a completar por el Nadador)

Si respondés "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, adjuntá una explicación adicional.

- ¿Sufriste alguna vez alguno de los siguientes problemas?

a. Problemas de oído, dolor, secreciones o sordera:	Sí / No
b. Sinusitis:	Sí / No
c. Enfermedades del pecho como asma o bronquitis:	Sí / No
d. Desmayos o pérdidas de conocimiento:	Sí / No
e. Convulsiones o trastornos nerviosos:	Sí / No
f. Ansiedad, estrés o crisis nerviosas:	Sí / No
g. Enfermedades cardíacas:	Sí / No
h. Presión arterial alta:	Sí / No
i. Diabetes o hipoglucemia:	Sí / No
- ¿Tomás medicamentos de forma regular?: Sí / No
- ¿Estás bajo tratamiento médico o consultaste al médico en el último año?: Sí / No
- ¿Algún examen médico para un evento deportivo fue insatisfactorio?: Sí / No
- ¿Alguna vez fuiste rechazado para un seguro de vida?: Sí / No
- ¿Fuiste hospitalizado en el último año?: Sí / No
- ¿Fumás o consumís drogas ilegales?: Sí / No
- ¿Tenés alergia a algún medicamento?: Sí / No



DECLARACIÓN DEL NADADOR

Certifico que, según mi conocimiento, gozo de buena salud y no he omitido información que pueda ser relevante respecto a mi estado físico para participar en la Maratón Santa Fe - Coronda.

Autorizo a mi médico a proporcionar detalles de mi historial médico pasado o presente a los representantes del evento si se le solicita. También acepto que la información contenida en este formulario pueda ser compartida con las personas directamente vinculadas a mi participación, incluyendo el piloto de la embarcación, el fiscal y el equipo médico.

Firma del nadador:

Fecha:



PARTE 2: EXAMEN MÉDICO (a completar por el médico)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: Edad: Género:

El nadador mencionado desea ser evaluado para determinar si está físicamente apto para participar en la 2da Maratón Santa Fe - Coronda para Nadadores Aficionados, sobre una distancia de 48 kilómetros y un tiempo límite de 10 horas.

Nota: Esta es una prueba extremadamente exigente, física y mentalmente.

Antes de firmar este formulario, pueden realizarse exámenes adicionales (radiografía de tórax o ECG) si se consideran necesarios.

Examen físico

Fecha del examen:.....

- Estatura: _____
- Peso: _____
- Presión arterial: _____
- Pulso: _____

CERTIFICADO DEL MÉDICO

Luego del examen, considero que el nadador mencionado está:

☐ APTO ☐ NO APTO

para participar en la Maratón de 58 kilómetros Santa Fe - Coronda de Aficionados.

Nombre del Médico:

Matrícula N° :.....

Correo electrónico:

Firma del médico:

Fecha: