|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***FICHA PERSONAL EPS*** | ***FICHA NADADORES – C.D. AGUAS ABIERTAS COQUIMBO*** | | | | | | | | | |
| ***DATOS NADADOR (A)*** |  | | | | | | | | | |
| *Fecha envío ficha* | ***/*** | ***/*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Nombres* |  |  |  |  | *Apellidos* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Fecha Nacimiento* | *Edad* | *Rut* | |  | *Fono casa* | *Celular* |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Dirección Particular* | |  |  |  |  | *Comuna* | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| *Universidad* |  |  | *Actividad* | | |  |  | *Correo electrónico* | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  | |  |
| *Opción 1. Días y Horarios de entrenamiento* | |  | *Opción 2. Días y* | *Horarios de entrenamiento* | | | *Nro. Calzado* | | *Talla Ropa* |  |
| ***ANTECEDENTES DEPORTIVOS*** | |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | *Alto* | | *Medio* | *Bajo* |  |
| *Deportes que practica. Ordene según prioridad* | | | |  |  | *Nivel Actual de Condición Física* | | | |  |
|  |  |  | */* |  | */* |  |  | */* | |
| *Estilo de Natación* | *Mej* | *Marca* | *Psicina* |  | *Mejor marca Ag* | *uas Abiertas* |  | *Mejor marca M* | *Natación* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Eventos deportivos en los que ha participado. Ordene según importancia* | | | | | | *y agregue año en que participó* | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| *Eventos deportivos, fechas y distancias para la cuales se quiere prepa* | | | | | | *rar. Ordene según prioridad* | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | *Objetivos que espera lograr* | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |
|  |  |  | *Comentarios* | | |  | | | |
| ***ANTECEDENTES MÉDICOS*** | |  |  |  |  |  | | | |
|  | |  |  |  |  |  | | | |
| *Presenta alguna Lesión Deportiva* | | |  |  | *Ha tenido L* | *esiones Deportivas Relevantes. Especifique* | | | |
|  | | |  |  |  |  | | | |
| *Presenta algún tipo de Enfermedad Física o Mental ( Asma, Diabetes, Hi* | | | | | | *pertensión, Depresión, etc.)* | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  |  |  | *Lo(a) han operado. Especifique* | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |
| *Toma algún tipo de Medicamento* | | |  |  | *Qu* | *é Medicamento No puede consumir* | | | |
|  | | |  |  |  |  | | | |
| *Nombre de su Sistema de Salud* | |  |  |  |  | *Nombre de su Seguro Médico* | | |  |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| *Cuál es su Grupo de Sangre* | |  |  |  | *En c* | *aso de Emergencia comunicarse con* | | | |
| ***ANTECEDENTES NUTRICIONALES*** | |  |  |  |  |  | | | |
|  | |  |  |  |  |  | | | |
| *Estatura (cm)* |  |  | *Consume* | *alg* | *ún tipo de Suplemen* | *to Alimenticio o Vitaminas. Especifique* | | | |
| *Peso (Kg)* |  |  |  |  |  |  | | | |
| *EPSA- LA SERENA 2011 © Creati* | *© Todos los Derechos Reservados: www.aguasabiertascoquimbo.cl* | | | | | | | | | |