|  |  |
| --- | --- |
| ***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*  |