



Federación Puertorriqueña de Natación

Natación y **Agua Abiertas** - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
Afiliado a: * F.I.N.A. * U.A.N.A. * C.C.C.A.N. * C.O.P.U.R.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Válido por el año 2021

Nombre Completo: _____

Club _____ () Independiente Otro: _____

Dirección Física: _____

_____ # Contacto: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ SEXO: F () M ()

Nombre del padre o encargado: _____ # Contacto: _____

En caso de emergencia llamar a: _____ # Contacto: _____

AUTORIZACIÓN

Niño () Joven () Adulto ()

Yo, _____, padre (), madre () o encargado () autorizo a _____ a participar en todos los eventos programados de la Comisión de Aguas Abiertas de la Federación Puertorriqueña de Natación. Además autorizo su traslado al Centro de Salud más cercano en caso de emergencia y recibir tratamiento necesario.

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, padre (), madre (), encargado (), Mayor de edad () relevo de toda responsabilidad a la Comisión de Aguas Abiertas por ende a la Federación Puertorriqueña de Natación, a sus voluntarios, oficiales, entrenadores y del todo personal que colabore en el mismo y de auspiciadores de estos eventos, por cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de su participación en cualquiera de todos los eventos programados de dicha disciplina. No obstante certifico que _____ está en buena salud y apto para participar y competir en aguas abiertas.

Firma del Padre, Madre, Encargado o Mayor de edad

Fecha

Firma representante AA/FPN



Federación Puertorriqueña de Natación
Natación y **Agua Abiertas** - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
Afiliado a: * F.I.N.A. * U.A.N.A. * C.C.C.A.N. * C.O.P.U.R.

CERTIFICADO MÉDICO

Válido por el año 2021

Nombre Completo: _____

Club _____ () Independiente Otro: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ SEXO: F () M ()

HISTORIAL MÉDICO MARQUE CON (X) SI TIENE ALGÚN PADECIMIENTO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONDICIÓN ASMÁTICA | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDIACAS |
| <input type="checkbox"/> HIPOGLISEMIA | <input type="checkbox"/> MIGRAÑA |
| <input type="checkbox"/> SINUSITIS | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |

OTROS: _____

SI MARCÓ CUALQUIERAS DE LAS ANTERIORES INDIQUE SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS:
SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

ES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO: SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

Vacunado contra al COVID-19: SÍ () NO () Especifique: _____

=====

Yo Dr. o Dra. _____ certifico que el paciente _____

se encuentra en buen estado de salud para participar en eventos físicos deportivos.

_____/_____/_____
Firma del Médico Número de licencia Fecha