



Federación Puertorriqueña de Natación

Natación y **Aguas Abiertas** - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
WORLD AQUATICS-PANAM-CCCAN

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Válido por el año 2026

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 2026. 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, COPUR, 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 la nadador@ _____ está en buena salud y apto para participar y competir en aguas abiertas.

Firma del Padre, Madre o Encargado, o Mayor de edad

____ / ____ / ____
Fecha

Firma representante AA/FPN



Federación Puertorriqueña de Natación

Natación y Aguas Abiertas - Polo Acuático - Natación Artística - Clavado
WORLD AQUATICS-PANAM-CCCAN

CERTIFICADO MÉDICO

Válido por el año 2026

Nombre Completo: _____

Club _____ () Independiente Otro: _____

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

HISTORIAL MÉDICO MARQUE CON (X) SI TIENE ALGÚN PADECIMIENTO

- ☐ CONDICIÓN ASMÁTICA
- ☐ DIABETES
- ☐ ALTA PRESIÓN
- ☐ HIPOGLUCEMIA
- ☐ SINUSITIS

- ☐ DOLOR DE CABEZA
- ☐ TAQUICARDIA
- ☐ ENFERMEDADES CARDIACAS
- ☐ MIGRAÑA
- ☐ 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 o la paciente _____
se encuentra en buen estado de salud para participar en eventos físicos deportivos.

Firma del Médico

Número de licencia

____ / ____ / ____
Fecha