

Cruce a nado del:
Swimming across the:



Este impreso debe imprimirse, rellenarse y enviarse antes de la fecha de cruce.
This form should be printed, fullfill and be submitted before the cross date.

SECCION
SECTION
A

HISTORIAL MEDICO

MEDICAL HISTORY

Fecha: _____ Date: _____

Nº de Registro _____ Register Nº _____

Información al nadador

Concierte una cita con su médico (o clínica), este reconocimiento puede llevarle más tiempo del habitual.
Conteste a todas las preguntas (sección A y B). Debe contestar estas preguntas con veracidad por el bien de su salud, el omitir datos además de ser perjudicial, podrá tener repercusiones legales en caso de accidente.
Asegúrese que su médico y usted mismo firman en los lugares indicados y que se marca la casilla APTO o NO APTO de la sección B. Compruébelo todo antes de enviarlo, asegúrese que cada página está firmada y mantenga una copia en su poder.
Este impreso médico es para demostrar a la Asociación (NADANDO) se ha llevado a cabo un examen médico exhaustivo por parte de un especialista y es de la opinión que estas apto para realizar el cruce seleccionado.
El cuestionario debe de realizarse dentro de los 3 meses antes de la fecha de su cruce y enviarlo a la NADANDO no más tarde del día del cruce, en caso contrario tu solicitud puede ser rechazada.

Swimmer's note

Book an appointment with your doctor. The examination will take your doctor longer than usual.
Answer all questions. Section A and Section B must be completed in full. You must answer these questions truthfully for your health, omitting data in addition to being harmful, may have legal repercussions in case of accident.
Make sure you and your doctor have signed in all the required places and ticket either the FIT or UNFIT in section B.
Check fully before posting. Ensure all pages are signed where required. Keep a copy for your records.
This medical form is to provide to the NADANDO (Association) with evidence that an appropriate medical expert has carried out a relevant medical assessment and is of the opinion that your application to attempt to swim the selected cross is appropriate.
This form must be completed within 3 months before the date of your crossing and returned to NADANDO before the date of the cross, failing which your application will be invalid

Nombre
Name

e-mail
e-mail

Nationality
Nacionalidad

Código postal
Post code

Dirección
Address

Profesión
Occupation

Teléfono contacto
Contact phone

País
Country

Town
Ciudad

Fehca de Nacimiento
Date of Birth

Cruce <i>Swim</i>	Solo <i>Individual</i>	Relevos <i>Relay</i>	Grupo-Máximo 4 <i>Group</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Sex</i>
----------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------------

Have you ever suffered at any time from any of the following?

Has padecido en algún momento algunos de estos síntomas?

Si No
Yes No

Fumas, bebes alcohol o consumes drogas. <i>Do you smoke, drink alcohol or use drugs.</i>	☐	☐
Está usted recibiendo atención médica o tratamiento actualmente. <i>Are you currently receiving medical care or any treatment</i>	☐	☐
Ha sido atendido o ingresado en un hospital en el último año. <i>Have you attended or been admitted to hospital in the last year.</i>	☐	☐
Ha sido intervenido quirúrgicamente. <i>Have you been surgically operated.</i>	☐	☐
Has visitado al médico durante el último año. <i>Have you consulted any doctor in the past year.</i>	☐	☐
Alérgico a algún tipo de medicamento <i>Are you allergic to any medication.</i>	☐	☐
Alérgico a algún tipo de picadura de animal <i>Are you allergic to any type of animal bite.</i>	☐	☐
Tienes problemas en la vista. Usa gafas o lentillas. <i>Is your eyesight outside the normal limits of vision. Do you use glasses or contact lenses</i>	☐	☐
Confunde colores o tiene algún otro problema visual. <i>Confuse colors or do you have other visual problems.</i>	☐	☐
Problemas auditivos, dolor de oído o sordera. <i>Ear trouble, earache or deafness.</i>	☐	☐
Dolores de pecho, asma, bronquitis, enfisema, fibrosis pulmonar, neumotórax o tuberculosis. Otro problema respiratorio. <i>Chest disease including asthma, bronchitis, emphysema, pulmonary fibrosis pneumothorax or TB.</i>	☐	☐
Trastornos cardiacos, vasculares o circulatorios arritmias o tensión alta. <i>Diseases of the heart and circulation, including high blood pressure. Arrhythmias, myocardial infarction arterial hypertension, anemia or other hematological disorders.</i>	☐	☐
Vértigos, trastornos del equilibrio, pérdida de conciencia o desmayos. <i>Attacks of giddiness, balance disorders, blackouts or fainting.</i>	☐	☐
Ataques/desajustes nerviosos, epilepsia, migrañas o conmoción cerebral. Otro tipo de trastorno neurológico. <i>Fits, nervous disorders, epilepsy, persistent headaches or concussion. Other type of neurological disorder.</i>	☐	☐
Problemas digestivos o urinarios, úlcera estomacal activa, insuficiencia renal o trastornos genito urinarios. <i>Digestive or renal disorders, active stomach ulcer, digestive hemorrhage, renal insufficiency, genito urinary disorders.</i>	☐	☐
Eres diabético o tienes trastornos de tiroides u hormonales crónicos. <i>Do you have diabetes, thyroid disorder, or chronic hormonal disorders.</i>	☐	☐
Depresión o ansiedad, trastornos fóbicos o obsesivos compulsivos, esquizofrenia o psicosis. Otros trastornos psiquiátricos. <i>Depression or anxiety, treat us phobic or compulsive obsessive, schizophrenia or psychosis. Other psychiatric disorders.</i>	☐	☐
Trastornos osteomusculares de extremidades o columna <i>Osteomuscular disorders of extremities or spine.</i>	☐	☐

Nota aclaratoria en el caso de SI
Additional Notes in case of YES

Cruce a nado del:
Swimming across the:



Declaro
Declaration

Por la presente declaro, en lo que a mí respecta, que la información contenida en este cuestionario es exacta, completa y real. Autorizo a mi médico a facilitar cualquier información de mi historial médico (pasado o presente) si así lo solicita oficialmente cualquier miembro de NADANDO. Autorizo a que la Asociación NADANDO comparta esta información con las personas y organismos íntimamente relacionados con el cruce seleccionado. Declaro que informaré por escrito a la Asociación NADANDO de cualquier hecho o circunstancia relevante que surja después de enviar el presente cuestionario y que de no hacerlo podría acarrear tener que realizarlo de nuevo antes de las fechas del cruce seleccionado. La Asociación Argentina de Gestión y Desarrollo del Deporte NADANDO Argentina no se hace responsable de cualquier incidente que surja como consecuencia de haber facilitado información incompleta o incorrecta en este informe médico.

Hereby declare that to the best of my knowledge, the information in this form is true, complete and not misleading. I authorise my doctor to disclose any detail of my past or present medical history if requested to do so by a NADANDO member. I also agree that this form and/or the information on it may be disclosed by the NADANDO to the persons directly concerned with the selected cross. the Strait included (but not limited) my pilot. I declare that I will inform the NADANDO in writing of any fact, matter or circumstance arising or becoming known to me after submitting this form which would prevent me from repeating this declaration at any time up to the selected cross. The NADANDO Argentina is not responsible form any casualty arise of any misleading or incomplete information on this form.

Nombre del solicitante
Applicant Name

Fecha
Date

Firma
Siganture

SECCION
SECTION
B

PARA EXAMEN MÉDICO FOR THE EXAMINING DOCTOR

Fecha:

Date:

Información al médico

-El abajo firmante desea ser examinado por un médico colegiado o clínica que verifique que su salud y condiciones físicas son suficiente para participar de la Winter Swimming World Cup. bajo las reglas establecidas por la Asociación NADANDO y que se describen en la web www.nadando.org (y que puede incluir nadar sin traje de neopreno).
-La Asociación NADANDO acepta nadadores con discapacidades físicas, falta de algún miembro, ceguera, sordera etc... ya que no hay nada en la reglamentación que les impidan participar de la Winter Swimming World Cup.
Cualquier duda que usted, como experto, pueda tener sobre las condiciones médicas / físicas del solicitante deben de valorarse antes de declararlo APTO.
Las pruebas de Rayos X y análisis de orina no son obligatorias. Si son obligatorias el ECG, el test de esfuerzo cardiaco (en mayores de 50), la espirometría y la glucemia capilar.
-Este cuestionario debe de completarse dentro de los 3 meses antes de la fecha de la Winter Swimming World Cup.

Examiner's notes

-The above named person wishes to be examined by a medical expert to verify that his/her medical condition, health and fitness is sufficient to participate in the Winter Swimming World Cup. under the rules of NADANDO ARGENTINA association described at www.nadando.org (that may include to swim without wetsuit).
-The ASOCIACION ARGENTINA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL DEPORTE welcomes swimmers with disabilities. Severe physical disabilities – absent limbs, blindness, deafness, etc.. do not necessarily rule out the Winter Swimming World Cup.
-Any doubts that you, as the medical expert, may have about the applicant's medical condition, health and fitness must be resolved before declaring the applicant fit to swim.
- After that X-ray and urine dipstick are not obligatory. ECG, cardiac stress test (only for older than 50 years old), Spirometry or hair glycaemia are obligatory.
-This form must be completed within 3 months before the date of the Winter Swimming World Cup.

Información del médico

Doctor's details

Nombre Name			
Colegio Médico Professional association	Address Dirección		
Número colegiado Association N°/ref	Ciudad Town		
Teléfono contacto Contact phone	Código Postal Post code		
Fax/ email Fax/ email	País Country		

Examen médico

Medical Examination

Nombre del solicitante <i>Applicant name</i>		
altura <i>Height (cm)</i>	peso <i>Weight (kg)</i>	BMI <i>IMC</i>
Oídos: derecho <i>Ears: right</i>	Izquierdo <i>Left</i>	¿Discapacidad auditiva? <i>Is hearing impaired?</i>
Sistema respiratorio <i>Respiratory system</i>	Espirometría <i>Spirometry</i>	Radiografía torax <i>Chest X-ray</i>
Sistema cardiovascular <i>Cardiovascular system</i>		Ver observación del doctor <i>See examiner's note</i>
Presión arterial <i>Blood pressure</i>	Espirometría <i>Spirometry</i>	ECG <i>ECG</i>
Zona abdominal <i>Abdominal system</i>		Ver observación del doctor <i>See examiner's note</i>
Sistema musculoesquelético <i>Musculoskeletal system</i>		Ver observaciones respecto discapacidad <i>See examiner's note regarding disabilities</i>
Sistema neurológico <i>Neurological system</i>		
Glucemia <i>Glycaemia</i>		

Aclaraciones complementarias

Additional Notes

Después de este examen considero a

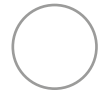
After examination, I consider

Nombre del nadador:

Swimmer name:

Para intentar el cruce a nado del:

To attempt to swimming across the:



APTO
FIT

NO APTO
UNFIT

Nombre y sello del Doctor

Doctor's name and stamp

Fecha

Date

Información básica sobre protección de datos: Responsable: ASOCIACIÓN ARGENTINA DE GESTION Y DESARROLLO DEL DEPORTE (NADANDO ARGENTINA) / Finalidad: Tareas de facturación, gestión de cobros y pagos, tareas administrativas, gestión de cliente, y en caso de consentimiento expreso, el envío de publicidad y promociones, así como comunicaciones relacionadas con la entidad. Conservación: Mientras dure la relación comercial o la solicitud realizada y hasta el periodo máximo legalmente establecido. Legitimación: Consentimiento del interesado y la relación contractual. Destinatarios: Se comunicarán los datos a empresas de gestión fiscal, laboral, jurídica, gestión de cobros. Derechos: Se comunicarán los datos a empresas de gestión fiscal, laboral, jurídica, gestión de cobros. Información adicional: Solicítela bajo el asunto "Política de Privacidad" en la dirección info@nadando.org www.nadando.org

Basic information on data protection: Responsible: ASOCIACION ARGENTINA DE GESTION Y DESARROLLO DEL DEPORTE (NADANDO ARGENTINA) Purpose: Billing tasks, collection and payment management, administrative tasks, client management, and in case of express consent, sending advertising and promotions, as well as communications related to the entity. Conservation: During the commercial relationship or the request made and up to the maximum period legally established. Legitimation: Consent of the interested party and the contractual relationship. Recipients: The data will be communicated to companies of fiscal, labor, legal management, collection management. Rights: The data will be communicated to companies of fiscal, labor, legal management, collection management. Additional information: Request it under the subject "Privacy Policy" at info@nadando.org www.nadando.org

☐ Deseo recibir comunicaciones comerciales relacionadas con los servicios de la Triple Corona (NADANDO).

I wish to receive commercial communications related to the services of the Triple Crown (NADANDO ARGENTINA).