



TRAVESIA EVEREST 2018



Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Nacido en: _____ Altitud de lugar: _____ msnm

Infancia en : _____ Altitud de lugar: _____ msnm

Últimos Ascensos o tránsito sobre 3000 msnm:

Lugar: _____ - fecha: ___ / ___ / ___ Altitud : _____ msnm

Lugar: _____ - fecha: ___ / ___ / ___ Altitud : _____ msnm

Ha tenido alguno de estos síntomas en altitud, sobre 3000 msnm?

Dolor de cabeza: ___ SI ___ NO

Disminución de apetito: ___ SI ___ NO

Náuseas: ___ SI ___ NO

Vómitos: ___ SI ___ NO

Diarrea: ___ SI ___ NO

Mareos/vértigo: ___ SI ___ NO

Cambio de personalidad: ___ SI ___ NO

Insomnio: ___ SI ___ NO

Dificultad para caminar: ___ SI ___ NO

Describir: _____

Última evaluación Médica. Fecha ___ / ___ / ____.

Conclusión: _____

Actividad Física:

Diaria: ___ 4 o más días x semana: ___ 3 o menos días: ___

Peso: ___ Kg Estatura: ___ cms. IMC: _____

Patologías: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Malestares x Ejercicio:

Mareos: Si ___ No ___ Desmayos: Si ___ No ___ Dolor de pecho: Si ___ No ___

Dolores Articulares: Si ___ No ___ Fatiga Excesiva: SI ___ NO ___

ENVIAR ESTA FICHA A info@olimpo.cl

