

FICHA N°

**ANAMNESIS DE INGRESO.**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA NAC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. NUMERO TELEFONO \_\_\_\_\_

CORREO: \_\_\_\_\_

**Conteste las siguientes preguntas marcando con una (x) su respuesta:**

1.- ¿Padece alguna enfermedad? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.- ¿Usa algún medicamento de forma diaria y/o permanente? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.- ¿Es alérgica(o) a algún medicamento? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

4.-Ha tenido o sufrido:

COVID-19\_\_\_\_ Hospitalizado\_\_\_\_ Intubado\_\_\_\_ Mareos\_\_\_\_ Desmayo\_\_\_\_ Perdida de conocimiento\_\_\_\_

**Información de Urgencia.**

5.- Sin previsión  Fonasa  Isapre  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

6.- ¿Tiene algún convenio con una Institución Médica? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

1. En caso de emergencia, llamar a.

Nombre	Parentesco	N° Telefónico

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS EXPRESADOS EN ESTA FICHA SON CIERTOS, NO EXISTIENDO NINGUNA INCOMPATIBILIDAD NI IMPEDIMENTO PARA EL NORMAL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FISICA TANTO EN EL AGUA COMO PARA LA PRACTICA DE DEPORTES Y MUSCULACIÓN.

\*LA ADMINISTRACIÓN NO SE HARÁ RESPONSABLE EN CASO QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA NO SEA FIDEDIGNA O SE OMITAN CONDICIONES DE SALUD NO ESPECIFICADAS, SIENDO RESPONSABLE EL USUARIOS, SE RECOMIENDA SOMETERSE A UN RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA USUARIO/REPRESENTANTE.**

\_\_\_\_\_  
**RUT.**

**DECLARACIÓN SIMPLE.**

En TALAGANTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,

Yo, \_\_\_\_\_ RUT/ n° pasaporte  
\_\_\_\_\_, Nacionalidad \_\_\_\_\_

Domiciliado /a en \_\_\_\_\_, la comuna  
\_\_\_\_\_.

(Especifique con una x su plan contratado).

1. \_\_\_\_ Declaro por este saber nadar. \_\_\_\_\_

(NADO LIBRE).

FIRMA USUARIO.

2. \_\_\_\_ Declaro por este tener salud compatible para realizar actividad de natación. \_\_\_\_\_

(CURSO O TALLER ADULTO) Natación

FIRMA USUARIO.

3. \_\_\_\_ Declaro que mi representado /a \_\_\_\_\_

Cuenta con salud compatible para realizar actividades de natación y / o cuenta con la condición de practicar nado libre. (CURSO, NADO LIBRE O TALLER NIÑO). \_\_\_\_\_

FIRMA REPRESENTANTE.

4. \_\_\_\_ Declaro tener salud compatible para realizar actividades deportivas. \_\_\_\_\_

(Musculación y talleres)

FIRMA USUARIO.

Tener la salud compatible para realizar actividades deportivas, así como poseer los conocimientos y habilidades necesarias para la ejecución de actividades deportivas recreativas y competitivas en EL Polideportivo Municipal de Talagante. Además, declaro haber leído, comprendido y aceptado las condiciones establecidas en el "Reglamento: USO DE POLIDEPORTIVO", disponible al público en formato físico y digital en recepción del Polideportivo así como el Decreto N° 209 del año 2002 del Ministerio de Salud, que Aprueba el Reglamento de Piscinas de Uso Público.

Mediante el presente escrito, me hago responsable de la veracidad de la información proporcionada, facultando a la Ilustre Municipalidad de Talagante a usarla para fines estadísticos, promocionales y/o probatorios, eximiéndola a su vez de toda responsabilidad que derive de la falta de veracidad de la misma o cualquier problema de salud u accidente derivado de aquello.