

**AEELA 5K\***

MASCULINO

FEMENINO

\*Premios en metálico exclusivos para socios de AEELA.

I. INFORMACIÓN PERSONAL						
APELLIDOS		NOMBRE			NÚMERO SEGURO SOCIAL XXX-XX-	
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO O BUZÓN)						
PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	TELÉFONO	
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA			PARENTESCO		TELÉFONO	
ENTIDAD GUBERNAMENTAL				TELÉFONO	EXT.	
CORREO ELECTRÓNICO			TAMAÑO DE CAMISA			
II. RELEVO DE RESPONSABILIDAD						
<p><i>Yo, _____, participante, hago constar y expreso que de forma libre y voluntaria, sin presión ni coacción de clase alguna, deseo participar en _____. Por la presente el aquí suscribiente, en mi representación y la de mis herederos, albaceas, agentes, administradores, familiares, tutores y terceros, relevo totalmente a AEELA, su Asamblea de Delegados y Comité Ejecutivo, auspiciadores, concesionarios y representantes, de cualquier daño, reclamación, perjuicio, acción, costo o gasto, incluyendo honorarios de abogados y desembolsos que sean consecuencia directa o indirecta de mi participación en _____ y de las actividades previas o posteriores relacionadas con este evento. Asumo los riesgos directos o incidentales que sobre mi salud física y emocional puedan provocar mi participación en el evento y declaro estar apto y en condición física para participar en el mismo. Aunque puedan estar disponibles mapas de rutas, áreas para descanso y oasis, yo seré responsable de mi salud y seguridad. Autorizo a los organizadores y auspiciadores del evento a realizar y utilizar grabaciones, videos, fotografías, sonidos, sus originales o negativos, y cedo los derechos de reproducción y distribución de los mismos en cualquier medio publicitario sin necesidad de recibir compensación alguna. De cuestionarse la validez de alguna de las disposiciones del presente relevo, el mismo no quedará sin efecto en su totalidad. Al firmar este documento entiendo y acepto todos los términos y las condiciones aquí dispuestas. Me responsabilizo en leer las normas y las reglas relacionadas al evento a participar, las cuales solicitaré al coordinador de deportes de la entidad gubernamental en la cual trabajo o a la Sección de Deportes de AEELA.</i></p>						
_____			_____			
Firma			Fecha			
III. CATEGORÍA						
<input type="checkbox"/> FEMENINO			<input type="checkbox"/> MASCULINO			
<input type="checkbox"/> 18-29 años	<input type="checkbox"/> 40-44 años	<input type="checkbox"/> 50-54 años	<input type="checkbox"/> 60-64 años	<input type="checkbox"/> 70 años o más	<input type="checkbox"/> CAMINANTE	
<input type="checkbox"/> 30-39 años	<input type="checkbox"/> 45-49 años	<input type="checkbox"/> 55-59 años	<input type="checkbox"/> 65-69 años	<input type="checkbox"/> CORREDOR		
IV. CERTIFICACIÓN MÉDICA (OPCIONAL)						
<p>Certifico que he examinado a _____ y no he encontrado evidencia de enfermedades contagiosas o condición alguna que le impida participar en el _____ en donde realizará actividades o ejercicios que requieran esfuerzo físico: <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Ligero</p>						
PARA USO DEL MÉDICO EXAMINADOR EXCLUSIVAMENTE:						
_____			M.D. NÚM. LICENCIA _____			
FIRMA DEL MÉDICO						
DIRECCIÓN _____			FECHA DEL EXAMEN _____			
V. HISTORIAL MÉDICO (OPCIONAL)						
<input type="checkbox"/> DOLOR EN ARTICULACIONES				<input type="checkbox"/> PERÍODO DE DEPRESIÓN		
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA SEVERO				<input type="checkbox"/> AMNESIA		
<input type="checkbox"/> DOLOR EN EL CUELLO				<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA		
<input type="checkbox"/> MAREOS				<input type="checkbox"/> CALAMBRES EN LAS PIERNAS		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS OJOS				<input type="checkbox"/> VENAS VARICOSAS		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS OÍDOS, SORDERA				<input type="checkbox"/> INDIGESTIÓN CRÓNICA ESTÓMAGO		
<input type="checkbox"/> CATARROS SEVEROS FRECUENTES				<input type="checkbox"/> HÍGADO O INTESITINOS		
<input type="checkbox"/> SINUSITIS				<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR		
<input type="checkbox"/> ALERGIAS				<input type="checkbox"/> ICTERICIA (PIEL Y OJOS AMARILLOS)		
<input type="checkbox"/> ASMA				<input type="checkbox"/> TUMORES, QUISTES O CÁNCER		
<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS				<input type="checkbox"/> HERNIA		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA TIROIDE				<input type="checkbox"/> APENDICITIS		
<input type="checkbox"/> ATAQUES DE FALTA DE RESPIRACIÓN				<input type="checkbox"/> HEMORROIDES		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZÓN				<input type="checkbox"/> ARDOR O DIFICULTAD AL ORINAR		
<input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA				<input type="checkbox"/> PIEDRA EN EL RIÑÓN		
<input type="checkbox"/> AZÚCAR O ALBÚMINA EN LA ORINA				<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENÉREAS		
<input type="checkbox"/> SÍFILIS				<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS PIES		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O DEFORMIDAD				<input type="checkbox"/> EPILEPSIA		
<input type="checkbox"/> PARÁLISIS O NEURITIS				<input type="checkbox"/> PREOCUPACIÓN EXCESIVA		
<input type="checkbox"/> ATAQUES DE NERVIOS O PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO				<input type="checkbox"/> ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS		
<input type="checkbox"/> POSEE USTED ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA. EXPLIQUE _____						
ESPECIFIQUE EN EL ESPACIO SIGUIENTE OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO Y OPERACIONES SUFRIDAS:						
PULSO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR		PRESIÓN ARTERIAL		SISTÓLICA _____		
				MN. HG. _____		
				DIASTÓLICA _____		