SPORTS MEDICAL EXAMINATION WAKO QUESTIONNAIRE

EXAMEN MÉDICO DEPORTIVO CUESTIONARIO WAKO

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Nombre: |  |
| Date of birth / Fecha de nacimiento: |  |
| Address / Dirección: |  |
| Country / País: |  |
| Passsport number / Número de pasaporte: |  |
| Insurance / Seguro: |  |
| Sports event / Evento deportivo: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **QUESTION/****PREGUNTA** | **YES** | **NO** |
| **1** | Did you have any illnesses earlier? / ¿Tuvo alguna enfermedad reciente? |  |  |
| **2** | Were your born with any of your body parts missing? / ¿Nació con alguna parte faltante en su cuerpo? |  |  |
| **3** | Have you ever been treated in hospital? / ¿Alguna vez ha sido tratado en un hospital? |  |  |
| **4** | Do you take any medicine on a regular basis? / ¿Toma algún medicamento de forma regular? |  |  |
| **5** | Do you take any food complementary substances? / ¿Toma algún complemento alimenticio? |  |  |
| **6** | Have you ever fainted during or after training? / ¿Se ha desmayado durante o después de un entrenamiento? |  |  |
| **7** | Have you ever had any chest pain? / ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho? |  |  |
| **8** | Have you ever had high blood pressure? / ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta? |  |  |
| **9** | Have you ever had any skin diseases? / ¿Alguna vez ha tenido enfermedades en la piel? |  |  |
| **10** | Do you have any dermatological complaints at the moment? / ¿Tiene alguna enfermedad dermatológica actualmente? |  |  |

SPORTS MEDICAL EXAMINATION WAKO QUESTIONNAIRE

EXAMEN MÉDICO DEPORTIVO CUESTIONARIO WAKO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **QUESTION/****PREGUNTA** | **YES** | **NO** |
| **11** | Do you suffer from asthma? / ¿Sufre de asma? |  |  |
| **12** | Do you have any problems related to your bones, joints, tendons, or muscles? / ¿Tiene algún problema relacionado con sus huesos, articulaciones, tendones o músculos? |  |  |
| **13** | Have you ever had a skull injury accompanied with a loss of consciousness? / ¿Ha tenido alguna lesión de cráneoacompañada de pérdida de la conciencia? |  |  |
| **14** | Did you have headache in the past 10 days? / ¿Tuvo dolor de cabeza en los últimos 10 días? |  |  |
| **15** | Do you have teeth braces? If yes please attach the medical certificate! / ¿Tiene brackets en los dientes? En caso afirmativo, adjunte su certificado médico. |  |  |
| **16** | Is it possible that you are pregnant? / ¿Es posible que esté embarazada? |  |  |
| **17** | Are you often on a diet? / ¿Está constantemente en una dieta? |  |  |

# Please give further details on answers with "YES" / Por favor, dar más detalles sobre las respuestas marcades con un "SÍ":

I officially declare that I am fully responsible legally for my answers given above. / Oficialmente declaro que soy legalmente responsable de todas las respuestas mencionadas anteriormente.

#  Date / Fecha: Signature / Firma: