LIMA SPORT EVENTS

I. COPA CONSERVACIÓN DE LOS MARES

DOCUMENTO OBLIGATORIO · COPA 5 DIC 2026

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

**Imprime, completa y firma este documento** y tráelo a la entrega de kits junto con tu DNI. Así recoges tu kit más rápido. Tus respuestas son confidenciales y solo las verá el equipo médico del evento.

## A DATOS DEL PARTICIPANTE

**Nombres y apellidos:** _____

**DNI / CE:** _____ **Edad:** _____ **Dorsal:** _____

**Prueba:** ☐ 5 km con aletas ☐ 5 km sin aletas ☐ 3 km con aletas ☐ 3 km sin aletas ☐ 1 km ☐ 500 m niños ☐ Postas 4×1 km

**Celular:** _____ **Club:** _____

**Contacto de emergencia (nombre, parentesco y celular):** _____

## B SOLO SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Yo, padre, madre o apoderado del participante, autorizo su participación y acepto en su nombre lo declarado en este documento.

**Nombres y apellidos del padre, madre o apoderado:** _____

**DNI / CE:** _____ **Celular:** _____

**Parentesco:** ☐ Padre ☐ Madre ☐ Apoderado(a)




### RECUERDA TRAER A LA ENTREGA DE KITS

- ✔ Este documento y la declaración de salud, firmados
- ✔ Tu DNI o carné de extranjería
- ✔ Menores: DNI y firma de su padre, madre o apoderado
- ✔ Si recoges el kit de otra persona: copia de su DNI y sus documentos firmados

LIMA SPORT EVENTS

I. COPA CONSERVACIÓN DE LOS MARES

## C DECLARACIÓN

1. Me encuentro en buen estado de salud y no tengo enfermedades o lesiones que me impidan nadar con seguridad la distancia elegida en el mar.
2. Tengo la preparación física y la experiencia necesarias para nadar en aguas abiertas, con oleaje, corrientes y temperatura variable.
3. Me he realizado, o me realizaré bajo mi responsabilidad, la evaluación médica que considere necesaria antes del evento.
4. Informaré a la organización cualquier cambio en mi estado de salud antes de la competencia.
5. Declaro que la información de este documento es verdadera. Si oculté o di información falsa, asumo toda la responsabilidad.

## D CUESTIONARIO DE SALUD

| | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Tienes o has tenido alguna enfermedad del corazón (arritmias, soplos, infarto)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Tienes presión alta o baja que requiera tratamiento? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Has sentido dolor en el pecho, desmayos o mareos al hacer ejercicio? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Tienes asma u otra enfermedad respiratoria? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5. ¿Tienes epilepsia o has tenido convulsiones? | ☐ Sí | ☐ No |
| 6. ¿Tienes diabetes? | ☐ Sí | ☐ No |
| 7. ¿Has tenido una cirugía, fractura o lesión en los últimos 6 meses? | ☐ Sí | ☐ No |
| 8. ¿Tomas algún medicamento de forma habitual? | ☐ Sí | ☐ No |
| 9. ¿Tienes alguna alergia (medicamentos, picaduras de medusa u otras)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 10. ¿Estás embarazada? | ☐ Sí | ☐ No |
| 11. ¿Algún médico te ha recomendado no hacer ejercicio intenso? | ☐ Sí | ☐ No |

**Si marcaste "Sí", explica brevemente:** _____

**Tipo de sangre (si lo sabes):** _____ **Seguro de salud:** _____

## E FIRMAS

_____
Firma del participante

_____
Firma del padre, madre o apoderado
(solo menores de edad)

Huella

**Lugar y fecha:** _____