

# CUESTIONARIO DE SALUD

## Saunas Mar & Montaña

Por favor complete antes de participar

### Datos Personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

### Preguntas de Salud (Por favor marque SÍ o NO.)

Pregunta	Sí	No
¿Padece enfermedades cardiovasculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tensión alta o baja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece enfermedades respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido mareos o desmayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece epilepsia o convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna condición médica agravada por el calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra bajo efectos de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicación que afecte la tolerancia al calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Información Adicional

Por favor indique cualquier condición médica relevante:

### Declaración del Participante

Confirmando que la información proporcionada es correcta según mi conocimiento.

Entiendo que la participación es voluntaria y que debo informar inmediatamente al personal si me encuentro mal. Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_