



MAYAN  
CHANNEL  
SWIM

*A new venture*

# Formulario de Certificado Médico

*Medical certificate form*

Este formulario deberá imprimirse, ser llenado por parte del nadador participante y por su médico correspondiente y enviarse hasta dos meses antes de la fecha del cruce.

*This form must be printed, filled out by the participating swimmer and their corresponding doctor and submitted up to two months before the crossing date.*

En caso de que el cruce sea múltiple o en relevos, cada nadador deberá llenar este formulario, así como también, el médico que le corresponda de manera particular.

*In the event that the crossing is multiple or in relays each swimmer must fill out this form as well as the doctor who corresponds to them in particular.*

## SECCIÓN I – HISTORIAL MÉDICO

### SECTION I - MEDICAL HISTORY

#### Información personal

*Personal data*

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

*Complete name*

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

*Nationality*

*Age*

*Gender*

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Contact phone number*

*Email*

Domicilio: \_\_\_\_\_

*Address*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

*City*

*ZIP*

*Country*

## Cuestionario médico

*Medical questionnaire*

¿Ha padecido alguna vez alguno de los siguientes síntomas?

Have you ever suffered from any of the following symptoms?

a. ¿Fuma, bebe alcohol o consume algún tipo de estupefaciente?

*Do you smoke, drink alcohol or use any type of narcotics?*

Sí/Yes

No/No

b. ¿Recibe actualmente atención médica o algún tipo de tratamiento?

*Are you currently receiving medical care or any type of treatment?*

Sí/Yes

No/No

c. ¿Ha sido hospitalizado en el último año?

*Have you been hospitalized in the last year?*

Sí/Yes

No/No

d. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

*Have you had surgery?*

Sí/Yes

No/No

e. ¿Ha visitado a su médico durante el último año?

*Have you visited your doctor in the last year?*

Sí/Yes

No/No

f. ¿Es usted alérgico a algún tipo de medicamento?

*Are you allergic to any type of medication?*

Sí/Yes

No/No

g. ¿Es alérgico a algún tipo de picadura de animal?

*Are you allergic to any type of animal bite?*

Sí/Yes

No/No

h. ¿Tiene algún tipo de problema en la vista?

*Do you have any type of vision problema?*

Sí/Yes

No/No

i. ¿Tiene algún problema auditivo, dolor de oído o sordera?

*Do you have any hearing problems, ear pain or deafness?*

Sí/Yes

No/No

j. ¿Tiene dolor de pecho o padece de asma, bronquitis, enfisema, fibrosis pulmonar, neumotórax, tuberculosis u otro problema respiratorio?

*Do you have chest pain or do you suffer from asthma, bronchitis, emphysema, pulmonary fibrosis, pneumothorax, tuberculosis or another respiratory problem?*

Sí/Yes

No/No

k. ¿Padece de trastornos cardiacos, vasculares o circulatorios, arritmias o tensión alta?

*Do you suffer from cardiac, vascular or circulatory disorders, arrhythmias or high blood pressure?*

Sí/Yes

No/No

l. ¿Tiene usted vértigos, trastornos de equilibrio, pérdida de conciencia o desmayos?

*Do you have vertigo, balance disorders, loss of consciousness or fainting?*

Sí/Yes

No/No

m. ¿Padece de ataques nerviosos, epilepsia, migrañas o conmoción cerebral u otro tipo de trastorno neurológico?

*Do you suffer from nervous attacks, epilepsy, migraines or concussion or other type of neurological disorder?*

Sí/Yes

No/No

n. ¿Tiene problemas digestivos o urinarios, úlcera estomacal, insuficiencia renal o trastornos genitourinarios?

*Do you have digestive or urinary problems, stomach ulcer, kidney failure?*

Sí/Yes

No/No

o. ¿Es diabético o tiene trastornos de tiroides u hormonales crónicos?

*Are you diabetic or have chronic thyroid or hormonal disorders?*

Sí/Yes

No/No

p. ¿Padece de depresión o ansiedad, trastornos fóbicos y obsesivos compulsivos, esquizofrenia, psicosis u otro trastorno psicológico?

*Do you suffer from depression or anxiety, phobic and obsessive-compulsive disorders, schizophrenia, psychosis, or another psychological disorder?*

Sí/Yes

No/No

q. ¿Tiene trastornos osteomusculares de extremidades o columna?

*Do you have musculoskeletal disorders of the extremities or spine?*

Sí/Yes

No/No

**Nota aclaratoria en caso de que algún o algunos incisos hayan sido positivos:**

*Explanatory note in case one or more questions have been positive*

---

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en este formulario son ciertos, veraces, exactos y reales. Asimismo, autorizo a mi médico para que facilite cualquier información relativo a mi historial médico a cualquier miembro de la organización Mayan Channel Swim. Otorgo mi consentimiento para que Mayan Channel Swim comparta la información contenida en este formulario con las personas, organismos y autoridades oficiales que estén relacionados con mi cruce. Me comprometo a informar por escrito y de forma inmediata a Mayan Channel Swim de cualquier hecho o circunstancia relevante que surja después de enviar este formulario y que de no hacerlo podría verme en la situación de enviar este formulario, pero actualizado, antes de realizar el cruce si así lo solicita la organización. Consiento y estoy de acuerdo en que Mayan Channel Swim no se hace responsable de cualquier incidente que surja como consecuencia por haber facilitado información no verídica e incorrecta en el presente formulario médico.

*I declare, under oath of truth, that the data entered in this form are true, truthful, exact and real. I also authorize my doctor to release any information regarding my medical history to any member of the Mayan Channel Swim organization. I give my consent for Mayan Channel Swim to share the information contained in this form with the people, organizations and official authorities that are related to my crossing. I undertake to immediately inform Mayan Channel Swim in writing of any relevant fact or circumstance that arises after sending this form and if I do not do so I could find myself in the situation of sending this form, but updated, before making the crossing if requested by the organization. I consent and agree that Mayan Channel Swim is not responsible for any incident that may arise as a result of having provided untrue and incorrect information in this medical form.*

Nombre del nadador: \_\_\_\_\_  
*Swimmer's name*

Fecha: \_\_\_\_\_  
*Date*

Firma: \_\_\_\_\_  
*Signature*

## SECCIÓN II – PARA USO MÉDICO

### SECTION II - FOR MEDICAL USE

#### Información Médica

*Medical information*

El suscrito manifiesta su consentimiento para ser examinado por un médico, laboratorio o clínica a efecto de que se verifique que su estado de salud y condición física se encuentran en condiciones óptimas para realizar el cruce a nado del Canal de Cozumel bajo las reglas y normas establecidas por Mayan Channel Swim, las cuales se describen en su sitio web [www.mayanchannelswim.com](http://www.mayanchannelswim.com)

*The undersigned expresses his or her consent to be examined by a doctor, laboratory or clinic in order to verify that his or her state of health and physical condition are in optimal conditions to swim across the Cozumel Channel under the established rules and regulations by Mayan Channel Swim which are described in it's website [www.mayanchannelswim.com](http://www.mayanchannelswim.com)*

Es obligatorio realizar todos los exámenes médicos que se mencionan en el presente formulario. Copias de dichos exámenes deberán ser adjuntados a este formulario.

*It is mandatory to carry out all the medical examinations mentioned in this form. Copies of such exams must be attached to this form.*

Este formulario deberá ser completado después del 1 de noviembre del año anterior al cruce.

*This form must be completed after November the 1st of the year prior to the crossing.*

#### Datos del doctor médico

*Medical doctor's details*

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

*Complete name*

Cédula profesional o número colegiado: \_\_\_\_\_

*Medical License or association n°/ref*

Colegio médico: \_\_\_\_\_

*Medical association*

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

*Contact phone number*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Email*

Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Address*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
*City ZIP Country*

### Resultados médicos

*Medical results*

Nombre completo del atleta: \_\_\_\_\_  
*Athlete's complete name*

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_  
*Height Weight BMI*

¿Discapacidad auditiva? \_\_\_\_\_  
*Is hearing impaired?*

Sistema respiratorio (espirometría): \_\_\_\_\_  
*Respiratory system (spirometry)*

Radiografía del tórax: \_\_\_\_\_  
*Chest-X ray*

Sistema cardiovascular: \_\_\_\_\_  
*Cardiovascular system*

Presión arterial: \_\_\_\_\_ ECG: \_\_\_\_\_  
*Blood pressure ECG*

Zona abdominal: \_\_\_\_\_ Análisis de orina: \_\_\_\_\_  
*Abdominal System Urine dipstick*

Sistema musculoesquelético: \_\_\_\_\_  
*Musculoskeletal system*

Sistema neurológico: \_\_\_\_\_  
*Neurological system*

Glucemia: \_\_\_\_\_  
*Glycaemia*

Aclaraciones complementarias:

*Additional notes to medical results*

Después de haber analizado los resultados médicos, dictamino que el atleta:

---

**Nombre**  
*Name*

**APTO**  
*FIT*

**NO APTO**  
*UNFIT*

Para intentar el cruce a nado del Canal de Cozumel.

*To attempt the crossing swim of Cozumel Channel.*

Nombre completo del doctor: \_\_\_\_\_

*Complete doctor's name*

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

*Date*

---

**Firma**

*Signature*

[www.mayanchannelswim.com](http://www.mayanchannelswim.com)

[info@mayanchannelswim.com](mailto:info@mayanchannelswim.com)



@mayanchannelswim



Mayan Channel Swim