

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Municipio Autónomo de Guayama
Apartado 360 Guayama, Puerto Rico 00785
DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES
(787)640-1501

Nombre: _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: (M) _____ (F) _____

Personas a notificar en caso de emergencia:

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del Encargado: _____
(En caso de que sea menor de edad)

Firma del Encargado: _____

*****DEBERÁN ENTREGAR LA SOLICITUD JUNTO CON LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, NO ACEPTAREMOS SOLICITUDES INCOMPLETAS *****

2 fotos 2x2 (NO COPIAS A COLOR)

_____ Evidencia de dirección: **(copia)** de recibo de agua, luz o teléfono)

_____ Evidencia de empleo: **(copia)** de talonario o **(copia)** Id de empleo)

_____ Evidencia de Incapacidad o mayoría de edad: **(copia)** carta de Seguro Social o **(copia)** Id de impedidos

HISTORIAL MÉDICO

Enfermedades Previas:

| | |
|--------------------|---------------------|
| _____ Corazón | _____ Diabetes |
| _____ Tiroides | _____ Riñones |
| _____ Hígado | _____ Asma |
| _____ Musculares | _____ Hematológicas |
| _____ Hipertensión | _____ Otras |

Defectos Físicos:

_____ Enfermedades Musculo Esqueléticas
_____ Ortopédicas
_____ Defectos Congénitos
_____ Artritis
_____ Otros

Hábitos Tóxicos: _____

Medicamentos que usa actualmente: _____

Examen Físico:

1. Presión Arterial: _____ Pulso: _____ Respiración: _____
Peso Actual: _____ Estatura: _____ Peso Ideal: _____

2. Corazón: _____ Abdomen: _____
Pulmones: _____ Extremidades Inferiores: _____
Extremidades Superiores: _____

El que suscribe debidamente autorizado a ejercer la profesión de medicina en Puerto Rico, hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona está () No está () físicamente capacitada para utilizar las facilidades de este centro.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Núm. Licencia: _____