



ASOCIACIÓN CRUCE A NADO DEL ESTRECHO DE GIBRALTAR
STRAIT OF GIBRALTAR SWIMMING ASSOCIATION

ACNEG

NIF.: G11467222
 TFNO Y FAX.: 956-680723 (MOVIL: 637466732)
 Internet: <http://www.acneg.com>
 e-mail: acneg@acneg.com
 RAFAEL GUTIERREZ MESA (PRESIDENTE)
 11380 TARIFA (CÁDIZ), SPAIN

MEDICAL APPLICATION FORM
IMPRESO MÉDICO

Este impreso debe imprimirse, rellenarse y enviarse antes del 15 DE FEBRERO de 2014
This form should be printed, fullfill and be submitted before 15th FEBRUARY 2014

SECTION A- MEDICAL HISTORY
SECCION A – HISTORIAL MÉDICO

Reg N° 2014/

.....

Swimmer's note	Información al nadador
<p>Book an appointment with your doctor. The examination will take your doctor longer than usual. Answer all questions. Section A and Section B must be completed in full. Make sure you and your doctor have signed in all the required places and ticket either the FIT or UNFIT in section B. Check fully before posting. Ensure all pages are signed where required. Keep a copy for your records. This medical form is to provide to the ACNEG (Association) with evidence that an appropriate medical expert has carried out a relevant medical assessment and is of the opinion that your application to attempt to swim the Strait of Gibraltar is appropriate. This form must be completed <u>after 1st of January in the year of your swim</u> and returned to ACNEG not later than <u>15th of FEBRUARY</u>, failing which your application will be invalid</p>	<p>Concierte una cita con su médico (o clínica), este reconocimiento puede llevarle más tiempo del habitual. Conteste a todas las preguntas (sección A y B). Asegúrese que su médico y usted mismo firman en los lugares indicados y que se marca la casilla APTO o NO APTO de la sección B. Compruébelo todo antes de enviarlo, asegurese que cada página está firmada y mantenga una copia en su poder. Este impreso médico es para demostrar a la Asociación (ACNEG) se ha llevado a cabo un examen médico exhaustivo por parte de un especialista y es de la opinión que estas apto para realizar el cruce a nado del Estrecho de Gibraltar. El cuestionario debe de realizarse <u>después del día 1 de Enero del año del cruce</u> y enviarlo a la ACNEG no más tarde del día <u>15 de FEBRERO</u>, en caso contrario tu solicitud puede ser rechazada.</p>

Personal and swim details
Información personal y del cruce

Name <i>Nombre</i>		Nationality <i>Nacionalidad</i>	
Address <i>Dirección</i>		Contact phone <i>Teléfono contacto</i>	
Town <i>Ciudad</i>		e-mail	
Post code <i>Código postal</i>		Occupation <i>Profesión</i>	
Country <i>País</i>		Date of Berth <i>Nacimiento</i>	
Swim <i>Cruce</i>	Solo (individual) <input type="checkbox"/> Relay (relevos) <input type="checkbox"/> Group (grupo) <input type="checkbox"/>	Age / sex <i>Edad / sexo</i>	

Medical History/ Historial Médico

Have you ever suffered at any time from any of the following? Has padecido en algún momento algunos de estos síntomas?	YES/SI	NO
1.- Ear trouble, earache or deafness. <i>Problemas auditivos, dolor de oído o sordera.</i>		
2.- Chest disease, including asthma, bronchitis or TB. <i>Dolores de pecho, asma, bronquitis o tuberculosis.</i>		
3.- Attacks of giddiness, blackouts or fainting. <i>Vértigos, pérdida de conciencia o desmayos.</i>		
4.- Fits, nervous disorders, persistent headaches or concussion. <i>Ataques/desajustes nerviosos, migrañas o conmoción cerebral.</i>		
5.- Diseases of the heart and circulation, including high blood pressure. <i>aritmias o tensión alta.</i>		
6.- Do you have diabetes. <i>Eres diabético.</i>		
7.- Are you currently receiving medical care. <i>Está usted recibiendo atención médica actualmente.</i>		
8.-Have you consulted any doctor in the past year. <i>Has visitado al médico durante el último año.</i>		
9.- Do you smoke. <i>Fumas.</i>		
10.- Have you attended or been admitted to hospital. <i>Ha sido atendido o ingresado en un hospital</i>		
11.- Is your eyesight outside the normal limits of vision. <i>Tienes problemas en la vista.</i>		

Additional Notes/ Nota aclaratoria

Declaration / Declaro

Hereby declare that to the best of my knowledge, the information in this form is true, complete and not misleading. I authorise my doctor to disclose any detail of my past or present medical history if requested to do so by a ACNEG member. I also agree that this form and/or the information on it may be disclosed by the ACNEG to the persons directly concerned with the attempt to cross the Strait included (but not limited) my pilot. I declare that I will inform the ACNEG in writing of any fact, matter or circumstance arising or becoming known to me after submitting this form which would prevent me from repeating this declaration at any time up to my Strait of Gibraltar solo or relay attempt (as applicable). The ACNEG is not responsible form any casualty arise of any misleading or incomplete information on this form.

Por la presente declaro, en lo que a mi respecta, que la información contenida en este cuestionario es exacta, completa y real. Autorizo a mi médico a facilitar cualquier información de mi historial médico (pasado o presente) si así lo solicita oficialmente cualquier miembro de ACNEG. Autorizo a que la ACNEG comparta esta información con las personas y organismos íntimamente relacionados con mi cruce. Declaro que informaré por escrito a la ACNEG de cualquier hecho o circunstancia relevante que surja después de enviar el presente cuestionario y que de no hacerlo podría acarrear tener que realizarlo de nuevo antes de las fechas del cruce a nado del Estrecho. La ACNEG no se hace responsable de cualquier incidente que surja como consecuencia de haber facilitado información incompleta o incorrecta en este informe médico.

Applicant Name

Nombre del solicitante.....

Date/Fecha.....

Siganture/ Firma:

SECTION B – FOR THE EXAMINING DOCTOR

SECCION B- PARA EXAMEN MÉDICO

Examiner's notes

Información al médico

-The above named person wishes to be examined by a medical expert to verify that his/her medical condition, health and fitness is sufficient to attempt to swim the Strait of Gibraltar under the rules of ACNEG described at www.acneg.com (that may include to swim without wetsuit).

-The ACNEG welcomes swimmers with disabilities. Severe physical disabilities – absent limbs, blindness, deafness, etc.. do not necessarily rule out a Strait of Gibraltar crossing attempt.

-Any doubts that you, as the medical expert, may have about the applicant's medical condition, health and fitness must be resolved before declaring the applicant fit to swim.

-This form must be completed after 1st of January in the year of the Strait swim.

- El arriba firmante desea ser examinado por un médico colegiado o clínica que verifique que su salud y condiciones físicas son suficiente para realizar el cruce a nado del Estrecho de Gibraltar bajo las reglas establecidas por la ACNEG y que se describen en la web www.acneg.com (y que puede incluir nadar sin traje de neopreno).

-La ACNEG acepta nadadores con discapacidades físicas, falta de algún miembro, ceguera, sordera etc... ya que no hay nada en la reglamentación que les impidan realizar el cruce a nado del Estrecho.

- Cualquier duda que usted, como experto, pueda tener sobre las condiciones medicas / físicas del solicitante deben de valorarse antes de declararlo APTO.

-Este cuestionario debe de completarse después del día 1 de Enero del año del cruce.

Doctor details / Información médico

Name Nombre			
Professional association Colegio Médico		Address Dirección	
Association N°/ref Número colegiado		Town Ciudad	
Contact phone Teléfono de contacto		Post code C.P.	
Fax/ email		Country País	

Medical Examination / Examen médico

Applicant name Nombre del solicitante			
Height (cm) altura		Weight (kg) peso	BMI IMC
Ears: right Oídos: derecho		Left izquierdo	Is hearing impaired ? ¿Discapacidad auditiva?
Respiratory system Sistema respiratorio		Chest X-ray Radiografía torax	See examiner's note Ver observación del doctor
Cardiovascular system Sistema cardiovascular			
Blood pressure Presión arterial		ECG	See examiner's note Ver observación del doctor
Abdominal system zona abdominal		Urine dipstick Análisis orina	
Musculoskeletal system Sistema musculoesquelético			See examiner's note regarding disabilities Ver observaciones respecto discapacidad
Neurological system Sistema neurológico			

Additional Notes / aclaraciones complementarias

Doctor's signature / Confirmación médica

AFTER EXAMINATION, I CONSIDER
DESPUÉS DE ESTE EXAMEN CONSIDERO A

SWIMMER NAME
NOMBRE DEL NADADOR

To be / estar

FIT / APTO **UNFIT / NO APTO**

To attempt to swim the Strait of Gibraltar
Para intentar el cruce a nado del Estrecho de Gibraltar

Doctor's name and stamp
Nombre y sello del Doctor:

Signature
Firma

Date
Fecha