

Datos del alumno/a (por favor, escribir de manera legible)

Apellidos _____

Nombre _____ D.N.I. _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____ Sexo M F

Calle _____

Número _____ Portal _____ Piso _____ Puerta _____

Código Postal _____ Población/Ciudad _____

Provincia _____ País _____ Teléfonos Móvil _____

Dirección e-mail: _____

DATOS SOBRE EL CURSO AL QUE SE INSCRIBE

Nombre del curso: _____

Fecha de Realización: _____ Días: _____ Lugar: _____

Pon una cruz con la formadora, perteneciente al GRUPO AGATA, que estás realizando el curso.









Estudios/Formación

| X | TIPO DE ESTUDIOS | ESPECIALIDAD |
|---|---------------------------------------|--------------|
| | Titulación Superior – Licenciatura - | |
| | Titulación Grado Medio –Diplomatura- | |
| | Titulación Profesional Grado Superior | |
| | Titulación Profesional de 2º Grado | |
| | Titulación Profesional de 1º Grado | |
| | B.U.P. / Bachillerato | |
| | E.G.B. / Educación Obligatoria | |

Declaración de privacidad

Le informamos que sus datos han sido obtenidos por AGATA FORMACIÓN durante algún encuentro personal o contacto directo previo entre Vd. y esta asociación, en el que voluntariamente nos los facilitó. Dichos datos han sido incluidos en un fichero cuyo responsable es AGATA FORMACIÓN, con la finalidad de atender a sus consultas y remitirle información que pudiera ser de su interés. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, puede hacerlo en la siguiente dirección: agataformacion@gmail.com o a los tfns: 670341564 - 606261364.

Yo, (nombre y apellidos) _____ firmo el presente registro de alumno después de leído y aceptando su totalidad y el contenido del mismo.

Fecha _____ Firma del alumno-a/tutor

Declaración Médica | Cuestionario del/la participante (confidencial)

Para la actividad a la que usted se ha inscrito, se requiere una buena salud física y mental. Hay algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica de la misma, y que se enumeran a continuación. Aquellos/as que tienen o están predispuestos/as a cualquiera de estas condiciones, deben ser evaluados/as por un médico. Este Cuestionario de Médico proporciona una base para determinar si Ud. debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna inquietud acerca de su estado físico y no están representadas en este formulario, consulte con su médico. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para el alumnado. Por su seguridad y la de otras personas que pueden estar con usted, responda a todas las preguntas honestamente.

Instrucciones

Complete este cuestionario como requisito previo para su formación. Para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, no realice actividades que puedan llevar riesgo o consúltenos.

| | | | |
|----|--|---|-----------------------------|
| 1 | He tenido problemas con mis pulmones/respiración, corazón o sangre o he sido diagnosticado con el COVID-19 | Si Ir al Cuadro A <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2 | Tengo más de 45 años. | Si Ir al Cuadro B <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3 | Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 12 minutos o nadar 200 metros sin descansar), O no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses. | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4 | He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales. | Si Ir al Cuadro C <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5 | He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, O tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior. | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6 | He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente. | Si Ir al Cuadro D <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7 | He tenido problemas psicológicos (o he recibido tratamiento psicológico en los últimos 5 años), me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol. | Si Ir al Cuadro E <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8 | He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes. | Si Ir al Cuadro F <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9 | He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente. | Si Ir al Cuadro G <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10 | Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina). | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Firma del Participante

Si respondió NO a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante a continuación con la fecha y su firma.

Declaración del Participante: He respondido a todas las preguntas honestamente, y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

Firma del participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/tutor del participante).

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del Participante (Mayúsculas)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

* **Si respondió SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores **O** a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior con la fecha y su firma **Y** lleve el Formulario de **Evaluación del Médico (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento, requiere la aprobación de su médico

Nombre del Participante

Fecha de Nacimiento

(Mayúsculas)

Fecha (dd/mm/aaaa)

Declaración Médica | Cuestionario del/de la Participante (Confidencial) Continuación

| CUADRO A – TENGO/HE TENIDO: | SI | NO |
|---|----|----|
| Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (pulmón colapsado). | | |
| Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ | | |
| Un problema o enfermedad que involucra mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema | | |
| Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, O han sido diagnosticados con enfisema. | | |
| Un diagnóstico de COVID-19 | | |

| CUADRO B – TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y: | SI | NO |
|---|----|----|
| Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios. | | |
| Tengo un nivel alto de colesterol. | | |
| Tengo presión arterial alta. | | |
| He tenido un familiar (de 1er. O 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, O tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía) | | |

| CUADRO C – TENGO/HE TENIDO: | SI | NO |
|--|----|----|
| Cirugía sinusal en los últimos 6 meses. | | |
| Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio. | | |
| Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses. | | |
| Cirugía ocular en los últimos 3 meses. | | |

| CUADRO D – TENGO/HE TENIDO: | SI | NO |
|--|----|----|
| Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años. | | |
| Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes. | | |
| Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos. | | |
| Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años. | | |
| Epilepsia, ataques o convulsiones, O tomo medicamentos para prevenirlos. | | |

| CUADRO E – TENGO/HE TENIDO: | SI | NO |
|--|----|----|
| Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico. | | |
| Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico. | | |
| He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua. | | |
| Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años. | | |

| CUADRO F – TENGO/HE TENIDO: | SI | NO |
|---|----|----|
| Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria. | | |
| Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses. | | |
| Diabetes, ya sea controlada por insulina o por dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses. | | |
| Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas. | | |
| Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses. | | |

| CUADRO G – TENGO: | SI | NO |
|---|----|----|
| Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física. | | |
| Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días. | | |
| Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses. | | |
| Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). | | |
| Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn. | | |
| Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses. | | |

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD

COVID-19



Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en un curso de formación o para participar en cualquier actividad. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL ALUMNADO

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un SÍ o un NO. Si no está seguro, responda SI.

Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante la actividad. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico, antes de participar en cualquier actividad. Dentro de los 40 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED.....

1. ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?

SI NO

2. ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?

SI NO

3. ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?

SI NO

4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?

SI NO

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas.

También me comprometo a informar a ÁGATA FORMACIÓN acerca de cualquier síntoma que pueda experimentar después de haber rellenado esta declaración y/o haber entrado en contacto con alguien que haya dado positivo después de firmar la declaración

DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

Si se me pide, llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la formación / actividades organizadas, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por ÁGATA FORMACIÓN o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones del profesorado, destinadas a cumplir con todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad.

RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento a ÁGATA FORMACIÓN para conservar esta Declaración y facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del Tutor o Responsable

Fecha

SI TIENES ALGO QUE INDICARNOS Y QUE NO ESTÉ REFLEJADO EN LOS FORMULARIOS ANTERIORES DE ESTA INSCRIPCIÓN, PUEDES CONTÁRNOSLO: