



**ENCUESTA DE SEGUIMIENTO DE SALUD EN CARRERAS DE LARGA  
DISTANCIA POR MONTAÑA  
(CORREDORES VALIDADOS EN LA EDICIÓN ADVTRAIL 2015, 2016, 2017  
Y/O 2018)**

Rellenar por el Corredor (no por el Médico)

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono personal: \_\_\_\_\_ Teléfono familiar/amigo \_\_\_\_\_

1-¿Desde que participó en la edición anterior de la ADV se le ha diagnosticado algún factor de riesgo cardiovascular (Tensión arterial, Diabetes-azúcar en la sangre, colesterol-triglicéridos altos o empezar a fumar? Indique cuál de ellos.

\_\_\_\_\_

2-¿Se ha sometido a nuevos reconocimientos médicos desde la edición anterior de la ADV? Indique si se ha realizado analítica, prueba esfuerzo o ecografía cardiaca.

\_\_\_\_\_

3-¿Has presentado durante o después de un entrenamiento o carrera, dolor en el tórax, palpitations/pulso excesivamente alto/fatiga o sensación de falta de aire desproporcionada? \_\_\_\_\_

4-¿Desde la anterior edición ADV en cuántas pruebas has competido con una distancia similar o superior? \_\_\_\_\_

5-¿Crees que es importante solicitar o exigir este tipo de reconocimientos de salud en esta carrera? \_\_\_\_\_

**6-ADJUNTAR UN TRAZADO DE ELECTROCARDIOGRAMA DE 12  
DERIVACIONES REALIZADO POSTERIOR A 04/05/2018**  
(No necesita informe médico, solo el trazado)