

ATHLETE MEDICAL QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO MÉDICO DEL ATLETA

IMPORTANT NOTICE / AVISO IMPORTANTE: Submit original signed hard copy at Athlete Accreditation. No electronic, scanned, or emailed copies accepted. / Entregar original firmado durante la acreditación. No se aceptan copias electrónicas, escaneadas ni enviadas por correo.

First Name / Nombre(s)	Last Name / Apellidos	Gender / Sexo ☐ F ☐ M ☐ Other	DOB / F. nac mm / dd / yyyy / /
Age / Edad	Nationality / Nacionalidad	Country / País	No. Passport / No. Pasaporte
Rank / Grado	Organization / Organización	Dojo	Instructor
Coach / Entrenador		Phone/Tel.	Email / Correo

Name / Nombre	Relationship / Parentesco	Phone / Tel.	Email / Correo
---------------	---------------------------	--------------	----------------

Condition / Condición	Yes / Sí	No	Explain if YES / Explique si SÍ
Sports restriction / Restricción deportiva			
Medication allergies / Alergias a medicamentos			
Food allergies / Alergias alimentarias			
Heart condition / Condición cardíaca			
Asthma / Asma			
Diabetes / Diabetes			
Bone fracture in past 6 months / Fractura ósea en los últimos 6 meses			
Concussion or severe head injury in past 6–12 months / Conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza en los últimos 6–12 meses			
Seizures / Convulsiones			
Kidney injury / Lesión renal			

Confidential – For Official Use Only

This document will be retained by the Organizing Committee as part of the participant's official accreditation records.

Confidencial – Sólo para uso oficial

Este documento será resguardado por el Comité Organizador como parte del expediente oficial de acreditación del participante.

Positive test for HIV / Prueba positiva de VIH			
Positive test for Hepatitis C / Prueba positiva de Hepatitis C			
Other surgeries or hospitalizations in the past 6–12 months / Otras cirugías u hospitalizaciones en los últimos 6–12 meses			

CURRENT MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

Current medications / Medicamentos actuales:

MEDICAL INSURANCE / SEGURO MÉDICO

Insurance / Aseguradora:	Policy No. / Póliza:
Emergency assistance phone / Tel. Asistencia:	

MEDICAL AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN MÉDICA

I authorize emergency medical treatment if necessary. / Autorizo atención médica de emergencia en caso necesario. **Signature / Firma:**

ATHLETE DECLARATION / DECLARACIÓN DEL ATLETA

I attest that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I further understand that this information is necessary to participate in the 5th ISKF World Shoto Cup 2026. Date of last complete physical exam by a physician or a health care facility:

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Asimismo, entiendo que esta información es necesaria para participar en el 5th ISKF World Shoto Cup 2026. Fecha del último examen físico completo realizado por un médico o centro de atención médica:

Printed Name / Nombre completo	Athlete Signature / Firma	Date/Fecha: mm/dd/yyyy / /
Parent or guardian, if under 18 years of age / Padre, madre o tutor legal, si es menor de 18 años:		
Instructor:	Date / Fecha:	mm / dd / yyyy / /
Coach / Entrenador	Date / Fecha:	mm / dd / yyyy / /

Confidential – For Official Use Only

This document will be retained by the Organizing Committee as part of the participant's official accreditation records.

Confidencial – Sólo para uso oficial

Este documento será resguardado por el Comité Organizador como parte del expediente oficial de acreditación del participante.