



**ACNEG**

NIF.: G11467222  
TFNO : 637466732  
Internet: <http://www.acneg.com>  
e-mail: [acneg@acneg.com](mailto:acneg@acneg.com)  
LAURA GUTIERREZ DÍAZ (PRESIDENTA)  
11380 TARIFA (CÁDIZ), SPAIN

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

**MEDICAL APPLICATION FORM**  
**IMPRESO MÉDICO**

**Este impreso debe imprimirse, rellenarse y enviarse antes de la fecha de cruce**  
***This form should be printed, fullfill and be submitted before the cross date.***

**SECTION A- MEDICAL HISTORY**

*SECCION A – HISTORIAL MÉDICO*

*FECHA/DATE:*

*Reg N° .....*

**Swimmer's note**

*Información al nadador*

<p><b>Book an appointment with your doctor. The examination will take your doctor longer than usual.</b> <b>Answer all questions. Section A and Section B must be completed in full. You must answer these questions truthfully for your health, omitting data in addition to being harmful, may have legal repercussions in case of accident.</b> <b>Make sure you and your doctor have signed in all the required places and ticket either the <u>FIT</u> or <u>UNFIT</u> in section B.</b> <b>Check fully before posting. Ensure all pages are signed where required. Keep a copy for your records.</b> <b>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.</b> <b>This form must be completed <u>after 1<sup>st</sup> of January in the year of your swim</u> and returned to ACNEG before the date of the cross , failing which your application will be invalid</b></p>	<p><i>Concierte una cita con su médico (o clínica), este reconocimiento puede llevarle más tiempo del habitual.</i> <i>Conteste a todas las preguntas (sección A y B). Debe contestar estas preguntas con veracidad por el bien de su salud, el omitir datos además de ser perjudicial, podrá tener repercusiones legales en caso de accidente.</i> <i>Asegúrese que su médico y usted mismo firman en los lugares indicados y que se marca la casilla <b>APTO</b> o <b>NO APTO</b> de la sección B.</i> <i>Compruébelo todo antes de enviarlo, asegúrese que cada página está firmada y mantenga una copia en su poder.</i> <i>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.</i> <i>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 del cruce , en caso contrario tu solicitud puede ser rechazada.</i></p>
---	---

**Personal and swim details**

*Información personal*

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

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.- Do you smoke, drink alcohol or use drugs. <i>Fumas, bebes alcohol o consumes drogas.</i>		
2.- Are you currently receiving medical care or any treatment. <i>Está usted recibiendo atención médica o tratamiento actualmente.</i>		
3.- Have you attended or been admitted to hospital in the last year. <i>Ha sido atendido o ingresado en un hospital en el último año.</i>		
4.- Have you been surgically operated. <i>Ha sido intervenido quirúrgicamente.</i>		
5.- Have you consulted any doctor in the past year. <i>Has visitado al médico durante el último año.</i>		
6.- Are you allergic to any medication. <i>Alérgico a algún tipo de medicamento</i>		
7.- Are you allergic to any type of animal bite. <i>Alérgico a algún tipo de picadura de animal</i>		
8.- Is your eyesight outside the normal limits of vision. Do you use glasses or contact lenses. <i>Tienes problemas en la vista. Usa gafas o lentillas.</i>		
9.- Confuse colors or do you have other visual problems. <i>Confunde colores o tiene algún otro problema visual.</i>		
10.- Ear trouble, earache or deafness. <i>Problemas auditivos, dolor de oído o sordera.</i>		
11.- Chest disease including asthma, bronchitis, emphysema, pulmonary fibrosis pneumothorax or TB. <i>Dolores de pecho, asma, bronquitis, enfisema, fibrosis pulmonar, neumotórax o tuberculosis. Otro problema respiratorio.</i>		
12.- Diseases of the heart and circulation, including high blood pressure. Arrhythmias, myocardial infarction arterial hypertension, anemia or other hematological disorders. <i>Trastornos cardiacos, vasculares o circulatorios arritmias o tensión alta.</i>		
13.- Attacks of giddiness, balance disorders, blackouts or fainting. <i>Vértigos, trastornos del equilibrio, pérdida de conciencia o desmayos.</i>		
14.- Fits, nervous disorders, epilepsy, persistent headaches or concussion. Other type of neurological disorder. <i>Ataques/desajustes nerviosos, epilepsia, migrañas o conmoción cerebral. Otro tipo de trastorno neurológico.</i>		
15. Digestive or renal disorders, active stomach ulcer, digestive hemorrhage, renal insufficiency, genito urinary disorders. <i>Problemas digestivos o urinarios, úlcera estomacal activa, insuficiencia renal o trastornos genito urinarios.</i>		
16.- Do you have diabetes, thyroid disorder, or chronic hormonal disorders. <i>Eres diabético o tienes trastornos de tiroides u hormonales crónicos.</i>		
17. Depression or anxiety, treat us phobic or compulsive obsessive, schizofrenia or psychosis. Other psychiatric disorders. <i>Depresión o ansiedad, trastornos fóbicos o obsesivos compulsivos, esquizofrenia o psicosis. Otros trastornos psiquiátricos.</i>		
18. Osteomuscular disorders of extremities or spine. <i>Trastornos osteomusculares de extremidades o columna</i>		

**Additional Notes in case of YES/ Nota aclaratoria en el caso de SI**

**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](http://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.
- After that X-ray and urine dipstick are not obligatory. **ECG, cardiac stress test (only for older than 65 or 70 years old), Spirometry or hair glycaemia are obligatory.**
- This form must be completed after 1<sup>st</sup> 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](http://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.

- Las pruebas de Rayos X y análisis de orina no son obligatorias. Si son obligatorias el ECG, el test de esfuerzo cardiaco (en mayores de 65 o 70 años), la espirometría y la glucemia capilar.

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

#### Doctor's details / Información médico

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

#### Medical Examination / Examen médico

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

**Additional Notes / aclaraciones complementarias**

***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** .....

**Doctor's signature / Confirmación médica**

**Date**

**Fecha** .....

**Basic information on data protection: Responsible: ASSOCIATION FOR THE CROSSING OF THE STRAIT OF GIBRALTAR (ACNEG); Purpose: Billing tasks, collection and payment management, administrative tasks, client management, and in case of express consent, sending advertising and promotions, as well as communications related to the entity. Conservation: During the commercial relationship or the request made and up to the maximum period legally established. Legitimation: Consent of the interested party and the contractual relationship. Recipients: The data will be communicated to companies of fiscal, labor, legal management, collection management. Rights: The data will be communicated to companies of fiscal, labor, legal management, collection management. Additional information: Request it under the subject "Privacy Policy" at [acneg@acneg.com](mailto:acneg@acneg.com) or [gibraltarswimming@gmail.com](mailto:gibraltarswimming@gmail.com).**

**Información básica sobre protección de datos: Responsable: ASOCIACIÓN PARA EL CRUCE A NADO DEL ESTRECHO DE GIBRALTAR (ACNEG); Finalidad: Tareas de facturación, gestión de cobros y pagos, tareas administrativas, gestión de cliente, y en caso de consentimiento expreso, el envío de publicidad y promociones, así como comunicaciones relacionadas con la entidad. Conservación: Mientras dure la relación comercial o la solicitud realizada y hasta el periodo máximo legalmente establecido. Legitimación: Consentimiento del interesado y la relación contractual. Destinatarios: Se comunicarán los datos a empresas de gestión fiscal, laboral, jurídica, gestión de cobros. Derechos: Se comunicarán los datos a empresas de gestión fiscal, laboral, jurídica, gestión de cobros. Información adicional: Solicítela bajo el asunto "Política de Privacidad" en la dirección [acneg@acneg.com](mailto:acneg@acneg.com) o [gibraltarswimming@gmail.com](mailto:gibraltarswimming@gmail.com).**

**I wish to receive commercial communications related to the services of STRAIT OF GIBRALTAR SWIMMING ASSOCIATION (ACNEG)./ Deseo recibir comunicaciones comerciales relacionadas con los servicios de ASOCIACIÓN DE CRUCE A NADO DEL ESTRECHO DE GIBRALTAR (ACNEG).**