



Dr. Miguel Chiacchio

Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte

www.medicodeldeporte.es

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL EJERCICIO FÍSICO

Instrucciones previas

- 1) Estos datos son confidenciales.
- 2) **Marque con una "X"** las casilla correspondiente del NO/SI. En alguna casilla deberá escribir texto y en otra números.
- 3) Hay casillas protegidas contra escritura; solo podrá escribir en los espacios permitidos.
- 4) Si tiene dudas, conteste SI y luego se aclarará en la consulta.
- 5) Si toma medicación, escríbala en la parte de abajo.
- 6) Si desea hacer algún tipo de aclaración sobre algo, puede hacerlo al final del cuestionario, en **NOTAS**.
- 7) Deberá ser rellenado por mayores de 18 años y mejor consultando a la familia.
- 8) Al final, deberá ACEPTAR comunicarse por este medio, el correo electrónico.
- 9) Cuando finalice, guarde los datos y cierre el archivo. Luego envíelo a la dirección de correo señalada abajo, adjuntando el cuestionario.

Rellene los siguientes datos

Fecha actual	
Apellidos	
Nombres	
Fecha Nacim.	
Sexo (F / M)	
Teléfono	
Correo @	
Peso (kg)	
Estatura (cm)	

ANTECEDENTES

- | | NO | SI |
|---|----|----|
| 1 ¿En los dos últimos años, ha realizado un examen médico que incluya la toma de la tensión arterial y la escucha de su corazón? | | |
| 2 ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad del corazón o ictus? | | |
| 3 ¿Toma algún medicamento o sustancia regularmente? Indíquelo abajo | | |
| 4 ¿Tiene asma? | | |
| 5 ¿Tiene epilepsia? | | |
| 6 ¿Tiene anemia? | | |
| 7 ¿Tiene hemofilia? | | |
| 8 ¿Tiene alguna enfermedad que pueda dificultar el ejercicio (del riñón, artrosis, cáncer, osteoporosis, enfermedad de tiroides, u otra)? | | |
| 9 ¿Puede estar embarazada? | | |

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- | | NO | SI |
|---|----|----|
| 10 ¿Le han dicho alguna vez que tiene un soplo en el corazón, un corazón grande o una enfermedad del corazón? | | |
| 11 ¿Ha tenido durante o después de esfuerzos dolor de pecho o brazos ? | | |
| 12 ¿Ha tenido durante esfuerzos de corta distancia sensación quemante, de debilidad, o de calambre en las piernas ? | | |
| 13 ¿Ha tenido durante o después de esfuerzos mareos? | | |
| 14 ¿Ha tenido durante o después de esfuerzos algún desmayo o pérdida de conocimiento? | | |

15	¿Ha tenido durante o después de esfuerzos dificultad para respirar?		
16	¿Ha tenido durante o después de esfuerzos palpitaciones, falta de latidos o latidos fuertes?		
17	¿Ha tenido durante o después de esfuerzos náuseas, malestar abdominal o sensación de indigestión?		
18	¿Ha tenido durante esfuerzos fatiga inusual o desproporcionada al nivel de esfuerzo habitual?		
19	¿Ha tenido durante esfuerzos convulsiones?		
20	¿Ha tenido hinchazón de los tobillos (no por golpes o torcedura)?		
21	¿Ha tenido dificultad para respirar que lo despierta por la noche?		
22	¿Ha tenido síntomas de gripe el último mes?		

FACTORES DE RIESGO

		NO	SI
23	¿Tiene diabetes o problemas con el azúcar en la sangre?		
24	¿Fuma?		
25	¿Tiene la tensión arterial alta?		
26	¿Tiene el colesterol alto? Si conoce los valores escríbalos en NOTAS		
27	¿Hay alguien en su familia que haya muerto de forma súbita?		
28	¿Hay alguien en su familia que haya tenido problemas en la circulación del corazón, como angina de pecho, ataque al corazón, infarto o aterosclerosis antes de los 55 años (padre, hermano) o 65 años (madre o hermana) ?		

ACTIVIDAD FÍSICA - DEPORTE

		NO	SI
29	¿Hace actividad física o deporte regularmente?		
Cuál ?			
30	¿Desde hace:		
	(marque solo una casilla)		
31	¿Habitualmente de qué intensidad/es?		
	(puede marcar las tres casillas)		
32	¿Cuántos días por semana de promedio? 1-2-3-4-5-6-7	>	
33	¿Cuánto dura cada sesión de promedio en minutos?	>	

Medicación o sustancias que toma

NOTAS

FECHA

FIRMA

Enviar a

info@medicodeporte.es