



## Cuestionario Médico Previo al Ejercicio

Estos datos son confidenciales. Marque con una " x " en la casilla correspondiente. Escriba con letra de imprenta, en mayúscula y de forma clara. Para aclaraciones de las preguntas, abajo. Debe ser rellenado por **mayores de 18 años** y mejor consultando a la familia. Se deben **firmar las hojas**.

Apellidos .....

Nombres ..... Fecha nacimiento .....

Dirección .....

Código Postal ..... Ciudad ..... Teléfono .....

Deporte ..... Entidad ..... Fecha .....

Correo electrónico ..... @ .....

<b>Historia y enfermedades</b>		<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>1</b>	Hace más de dos años que no realiza examen médico que incluya tensión arterial y escucha de su corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Toma algún medicamento o sustancia que puede influir en su salud con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Tiene o ha tenido: a) asma b) epilepsia o convulsiones c) anemia d) hemofilia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Hay algún motivo o enfermedad para prevenir su participación en deportes (p.ej.: artrosis, osteoporosis, cáncer, enfermedad renal, de hígado o tiroides) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Puede estar embarazada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Le falta o tiene problemas en ojo, riñón o testículo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Usa gafas o lentillas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Usa prótesis en ojo, boca u oído ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Clínica</b>			
<b>9</b>	Le han dicho alguna vez que tiene un soplo en el corazón, un corazón grande o una enfermedad del corazón ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Ha tenido durante o después de esfuerzos: a) dolor, presión o molestias en el pecho o brazos b) dolor en las piernas c) mareos d) desmayo o lipotimia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Ha tenido durante o después de esfuerzos: a) dificultad para respirar b) palpitaciones, falta de latidos o latidos fuertes c) náuseas, malestar abdominal o sensación rara de indigestión d) fatiga inusual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Ha tenido síntomas de gripe o viriasis el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Ha tenido: a) hinchazón de sus tobillos b) dificultad para respirar que lo despierta por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Factores de riesgo		NO	SI
14	Usted a) fuma b) tiene la tensión arterial alta c) tiene el colesterol alto d) tiene diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Hay alguien en su familia que haya fallecido de forma súbita <b>antes de los 50 años</b> (del corazón, accidente de coche, ahogamiento u otros) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Hay alguien en su familia que haya tenido problemas en la circulación del corazón, como angina de pecho, ataque al corazón, infarto o aterosclerosis <b>antes de los 50 años</b> (padre, madre, hermanos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Sabe si existe algún problema del corazón en los miembros de la familia, o que haya tenido desmayo o convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Tiene : a) falta de menstruación b) ha tenido la menopausia antes de los 45 años c) tratamiento con hormonas de reemplazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicio físico			
19	Hace algún tipo de actividad física ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Qué actividad-deporte hace?:		
21	Intensidad : a) baja b) moderada c) alta		
22	Desde hace : a) 0-3 meses b) 3-12 meses c) más de 12 meses		
23	Días por semana: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7		
24	Minutos por sesión :		
25	Si no hace actividad física, ¿Tiene intención de comenzar? Y a que intensidad? a) ninguna actividad o ejercicio b) ejercicio de moderada intensidad c) ejercicio de alta intensidad		
	<i>TAS</i> <i>TAD</i> <i>Colesterol</i> <i>HDL</i> <i>LDL</i> <i>Triglicéridos</i>		

Aclaraciones de las preguntas:

Notas médicas:

Firma paciente/padre/tutor