

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono y Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha y tipo de último control o chequeo médico: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, MARQUE EL CASILLERO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

SI  NO ¿Alguna vez su médico le ha restringido la actividad física? Motivo .....

SI  NO ¿Ha estado hospitalizado en el último año más de 24 hs? Motivo .....

SI  NO ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Motivo y fecha .....

SI  NO ¿Está tomando actualmente alguna medicación? Cuál y motivo .....

SI  NO ¿Ha ingerido vitaminas, suplementos o algún otro producto prescripto o no por su médico? Cuál y motivo .....

SI  NO ¿Padece de alergia de algún tipo? Cuál? .....

SI  NO ¿Se ha mareado o desmayado durante o después de la actividad física?

SI  NO ¿Ha tenido dolor en el pecho alguna vez durante o después de la actividad física?

SI  NO ¿Siente que se le acelera el corazón o tiene palpitaciones?

SI  NO ¿Tiene conocimiento de los valores de presión arterial normal? Si sus valores difieren de éstos, conoce los motivos? .....

SI  NO ¿Tiene colesterol elevado? Se medica? .....

SI  NO ¿Se ha realizado estudios del corazón? Le han informado algo en particular para destacar y atender? Cuándo? .....

SI  NO ¿Tiene familiares con antecedentes cardíacos? Cuál? .....

SI  NO ¿Ha padecido alguna vez un traumatismo craneal o una conmoción?

SI  NO ¿Ha tenido en alguna ocasión convulsiones?

SI  NO ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?

SI  NO ¿Ha tenido alguna vez pérdida de sensibilidad u hormigueos en brazos, manos, piernas y/o pies?

SI  NO ¿Tiene asma o alguna otra afección respiratoria? Cuál? .....

SI  NO ¿Ha tenido problemas articulares, musculares, oseos y/o posturales? Cuál? .....

SI  NO ¿Sufre o ha sufrido algún trastorno psicológico como ansiedad, depresión, nerviosismo u otro? Cuál? .....

SI  NO ¿Fuma en la actualidad? Indique cantidad y antigüedad .....

SI  NO ¿Bebe alcohol considerablemente?

SI  NO ¿Considera que su alimentación es correcta?

SI  NO ¿Tiene dificultades para controlar su peso?

SI  NO ¿Descansa lo necesario para la actividad que realiza?

SI  NO ¿Se ha realizado algún tipo de evaluación o test de aptitud física? Cuál y cuándo? .....

**SI** **NO** ¿Considera necesario informarnos de algún otro dato omitido en el cuestionario anterior? .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Cualquier duda acerca de lo consultado en este cuestionario, recurra al profesor.**

**Art. 9 | Ley 12.329: Toda persona que realice algún tipo de actividad deportiva en los establecimientos habilitados por la presente ley, deberá presentar al profesional a cargo de la dirección y/o supervisión del local habilitado, un certificado médico que determine su aptitud física para la actividad a desarrollar, el que será archivado en el local habilitado junto a su ficha personal, con una validez de (1) un año. Queda Ud. notificado.**

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son veraces y completos, no habiendo el que suscribe omitido ni falseado dato alguno.**

**“Las lesiones físicas y/o muerte provocadas y/o como consecuencia de la práctica deportiva en sí misma, son asumidas como riesgo físico propio del deporte por las personas que voluntariamente lo practiquen, eximiéndose este establecimiento de toda responsabilidad al respecto”.**

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

En caso de emergencia notificar o avisar a: .....

Relación con usted: .....

Teléfono particular: ..... Celular: ..... Teléfono laboral: .....

Médico de cabecera: .....

Dirección: ..... Teléfono: .....

Nombre y Apellido: .....

DNI: .....

Fecha: .....

.....  
Firma:

**Recuerde informar al coordinador o profesor a cargo, toda la información que relacionada a lo antes expuesto pueda surgir posterior a la fecha de completada la ficha médica.**

***Muchas gracias por su colaboración y permitirnos optimizar nuestro trabajo!***