

FECHA:	8/05/20 12:00 AM	Documento Identidad:	1030691234
Código:	896897968		
Nombre Completo:	knlkn knlkn knlknk lknk		
Tipo de Usuario:		Celular:	
Edad:	23		
Sexo:	M	Grupo Sanguíneo:	AB
RH:	RH+		
EPS:	Indefinido	Programa/Dependencia:	david_cesardavid@hotmail
Contacto en caso de emergencia:	jbkjbkj		
Teléfono(s):	76876	Parentesco:	bjhvjhv

## 1. HISTORIAS PERSONAL

¿ Ha padecido o padece alguna de las siguientes condiciones? (marque con una x y en observaciones especifique si tiene algún tratamiento actualmente y en cirugía especifique tipo y fecha)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Patología cardíaca | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal   | <input type="checkbox"/> Problemas de peso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea           | <input type="checkbox"/> Fracturas             | <input type="checkbox"/> Cirugías          |
| <input type="checkbox"/> Esguinces, Luxaciones         | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus     |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades columna          | <input type="checkbox"/> Asma                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colesterol alto    | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál?          |  |

Observaciones:

kjbkjb

¿Si es mujer, está embarazada?

NO

¿Actualmente fuma?

NO

Cuantos cigarrillos día: 0

Tiempo fumando:

¿Consume licor?

NO

Cuantas veces al mes: 0

¿Realiza ejercicio físico?

NO

Cual(es):

Cuantas veces por semana: 0

¿Consume bebidas energizantes?

NO

Cuantas a la semana: 0

¿Consume sustancias psicoactivas?

NO

¿Cuáles?: null

## 2. HISTORIAS FAMILIAR

Alguno de sus familiares (padres, tíos, abuelos o hermanos) padece o ha padecido una o varias de las siguientes enfermedades:

☒ Enfermedad coronaria

☐ Muerte súbita (antes de los 50 años)

☒ Diabetes

☐ Mellitus

☐ Obesidad

☐ Hipertensión arterial

☐ Accidente cerebrovascular

☐ Hipertiroidismo, hipotiroidismo

☐ Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

☐ Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_

## 3. CUESTIONARIO DE APTITUD PARA EL EJERCICIO FÍSICO

Por favor, lea las siguientes preguntas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso

ítem	SI/NO
¿ALGUNA VEZ LE HA DIAGNOSTICADO UN MÉDICO UNA ENFERMEDAD CARDIACA, RECOMENDÁNDOLE QUE SOLO HAGA ACTIVIDAD FÍSICO SUPERVISADA POR PERSONAL SANITARIO?	N
¿TIENE DOLORES EN EL PECHO PRODUCIDOS POR LA ACTIVIDAD FÍSICA?	N
¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO DURANTE EL ÚLTIMO MES?	N
¿TIENDE A PERDER EL CONOCIMIENTO, O EL EQUILIBRIO, COMO RESULTADO DE MAREOS?	N
¿ALGUNA VEZ LE HA RECETADO EL MÉDICO ALGÚN FÁRMACO PARA LA PRESIÓN ARTERIAL U OTRO PROBLEMA CARDIOCIRCULATORIO?	N
¿TIENE ALGUNA ALTERACIÓN ÓSEA O ARTICULAR (POR EJEMPLO EN ESPALDA, RODILLAS, CADERAS) QUE PODRÍA AGRAVARSE POR LA ACTIVIDAD FÍSICA PROPUESTA?	N
¿TIENE CONOCIMIENTO, POR EXPERIENCIA PROPIA, O DEBIDO AL CONSEJO AL CONSEJO DE ALGÚN MÉDICO, DE CUALQUIER OTRA RAZÓN FÍSICA QUE LE IMPIDA HACER EJERCICIO SIN SUPERVISIÓN MÉDICO?	N

## 4. EXAMEN FÍSICO (espacio diligenciado por el médico)

Tensión arterial: 9.0 Frecuencia cardiaca: 9.0 Frecuencia respiratoria: 9.0SatO2: 9.0 Peso: 9.0 Talla: 9.0 IMC: 9.0

Cabeza y Cuello	jnkjb
Tórax	kjbkb
Abdomen	kjbkjb
Genitourinario	kjbk
Columna	kjbkj
Neurológico	jbkj
Piel y flaneras	kjbkj

## 5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

## 6. CONDUCTA

jbkjbkjb

Yo he sido cuestionado sobre mis antecedentes médicos familiares y personales que pueden ocasionar riesgo para mi salud con la práctica del ejercicio. notifico que toda la información ha sido veraz y compleja, por la cual me hago responsable y firma en evaluado.

---

Evaluado

---

Documento 1030691234

---

Médico

---

Documento