

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------|-------|-----|
| FECHA: | 29/04/20 12:00 AM | Documento Identidad: | 1010 | | |
| Código: | | | | | |
| Nombre Completo: | Carlos null Chacon null | | | | |
| Tipo de Usuario: | | Celular: | | Edad: | 23 |
| Sexo: | M | Grupo Sanguíneo: | A | RH: | RH+ |
| EPS: | Indefinido | Programa/Dependencia: | ewfewf | | |
| Contacto en caso de emergencia: | | | | | |
| Teléfono(s): | | Parentesco: | | | |

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 cardiaca | <input checked="" 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:

regergregreg
er
gregre
gre
ger
g

| | | | |
|-----------------------------------|----|--------------------------|-----------------|
| ¿Si es mujer, está embarazada? | SI | | |
| ¿Actualmente fuma? | SI | Cuantos cigarrillos día1 | Tiempo fumando1 |
| ¿Consume licor? | SI | Cuantas veces al mes1 | |
| ¿Realiza ejercicio físico? | SI | Cual(es)regreger | |
| Cuantas veces por semana1 | | | |
| ¿Consume bebidas energizantes? | SI | Cuantas a la semana5 | |
| ¿Consume sustancias psicoactivas? | SI | ¿Cuáles?regreg | |

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? | S |
| ¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO DURANTE EL ÚLTIMO MES? | N |
| ¿TIENDE A PERDER EL CONOCIMIENTO, O EL EQUILIBRIO, COMO RESULTADO DE MAREOS? | S |
| ¿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 PODRIA AGRAVARSE POR LA ACTIVIDAD FÍSICA PROPUESTA? | S |
| ¿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: 4.0 Frecuencia cardiaca: 4.0 Frecuencia respiratoria: 4.0

SatO2: 4.0 Peso: 4.0 Talla: 4.0 IMC: 4.0

| | |
|------------------|------------|
| Cabeza y Cuello | lgogogogog |
| Tórax | oig |
| Abdomen | og |
| Genitourinario | og |
| Columna | og |
| Neurológico | og |
| Piel y flanderas | tbhtrh |

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

0-COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAEE O1, BIOTIPO EL TOR; 0-COLERA NO ESPECIFICADO

6. CONDUCTA

ewfewfewfewfewfewf

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.