

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 type="checkbox"/> Patología cardiaca	<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 type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál?	

Observaciones:

regergregreg  
er  
grege  
gre  
ger  
g

¿Si es mujer, está embarazada?		
¿Actualmente fuma?	Cuantos cigarrillos día	Tiempo fumando
¿Consume licor?	Cuantas veces al mes	
¿Realiza ejercicio físico?	Cual(es)	
Cuantas veces por semana		
¿Consume bebidas energizantes?	Cuantas a la semana	
¿Consume sustancias psicoactivas?	¿Cuáles?	

## 2. HISTORIAS FAMILIAR

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria    | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Muerte súbita (antes de | <input type="checkbox"/> Accidente             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo)           | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo,      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál?          |
| <input type="checkbox"/> Mellitus                |  |
| <input type="checkbox"/> Obesidad                |  |

## 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

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.

