



FICHA TÉCNICA/MÉDICA

Servirá como constancia de certificado médico (Apto físico) siempre y cuando esté firmado por quien corresponda

DATOS GRALES.

Apellido y nombre _____ Tel contacto _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Tensión arterial _____

Patologías _____

Alergias _____ Medicamentos _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿Ha padecido enfermedad o lesión desde su último chequeo?	SI	NO
¿Ha estado hospitalizado más de 24hs?	SI	NO
¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?	SI	NO
¿Está tomando actualmente alguna medicación prescrita por su médico?	SI	NO
¿Ha tomado alguna vez suplementos o vitaminas para ganar o perder peso o por mejora deportiva?	SI	NO
¿Se ha desmayado alguna vez durante o después del ejercicio?	SI	NO
¿Se ha mareado alguna vez durante o después del ejercicio?	SI	NO
¿Ha tenido dolor de pecho alguna vez durante o después del ejercicio?	SI	NO
¿Se cansa más que sus amigos durante el ejercicio?	SI	NO
¿Conoce su presión arterial?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez la presión alta?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez el colesterol alto?	SI	NO
¿Le han dicho alguna vez que tiene un soplo al corazón?	SI	NO
¿Ha fallecido algún familiar por enfermedades del corazón o de forma súbita antes de los 50 años?	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 pérdida de sensibilidad u hormigueos en brazos o piernas?	SI	NO
¿Tiene tos o dificultades respiratorias durante o después del ejercicio?	SI	NO
¿Tiene asma?	SI	NO
¿Utiliza algún equipo corrector, o protector o aparato que no se utilicen habitualmente en el deporte que practica?	SI	NO
¿Ha tenido algún problema de visión o de los ojos?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez esguince, tirón, desgarro?	SI	NO
¿Se ha roto algún hueso o dislocado alguna articulación?	SI	NO
¿Ha tenido dolores musculares, tendones, huesos o articulaciones?	SI	NO
¿Es Ud. Fumador? ¿Qué Cantidad de cigarrillos diarios?	SI	NO

Del 1 al 10 como considera su aptitud física _____ .