Ficha Médica



**Datos Personales**

Nombre y Apellido: ………………………………………………………………………………………………………………….

Fecha de nacimiento: …………/…………/………… Edad: ………………..

Teléfono: ……………………………………………. Tel. Emergencia: ………………………………………………………..

Obra Social: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Practico Pilates anteriormente SI NO

**Datos Médicos**

Presión: ………………………… Peso: …………………….

Grupo sanguíneo: ……………………………………………………

Alergias: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Operaciones o fracturas en menos de un año: ………………………………………………………………………..

Problemas articulares:

Artritis Cervicalgia

Artrosis Lumbalgia

Luxación Hernias

Problemas Cardiacos:

Arritmia

Corazón Débil

Observaciones

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........

Fecha……./…..…/…….. Firma: ………………………………………