



FICHA DE APTO FISICO

APELLIDO: NOMBRE:.....
DIRECCION:.....
.....
TELEFONOS:
.....
.....
FECHA NAC:..... EDAD:.....

HISTORIA CLÍNICA.

ALTURA:

PESO:

GRUPO SANGUÍNEO :.....

PATOLOGÍA DE COLUMNA

SI – NO ESPECIFIQUE:

.....

ENFERMEDADES CARDÍACAS

SI – NO ESPECIFIQUE:

.....

LESIONES RECIENTES

SI – NO ESPECIFIQUE:

.....

PRACTICA OTROS DEPORTES

SI – NO ESPECIFIQUE:

.....

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

¿SUFRE MAREOS?

¿TIENE DOLOR DE CABEZA CON FRECUENCIA?

¿HA SUFRIDO DESMAYOS?

¿SUFRE HEMORRAGIAS NASALES?

¿TIENE DOLORES EN LAS ARTICULACIONES?

¿PRESENTA PIE PLANO, CABO O ALGUNA OTRA ALTERACIÓN?

¿PRESENTA PROBLEMAS DE RODILLA Y/O TOBILLOS?

¿SUFRE DE CONVULSIONES?