

FICHA MEDICA DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DEPORTIVO

Fecha		
DD	MM	AA

Apellidos: _____ Nombres: _____

Código universitario no: _____ Documento de identidad: _____

Tipo de vinculación: Estudiante: Profesor: Empleado:

Genero: Femenino Masculino Edad: _____ RH: _____

Correo electrónico: _____ @uniandes.edu.co

En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono: _____

POR FAVOR RESPONDA SINCERAMENTE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS
MARCANDO CON UNA "X" SI PRESENTA ALGUNA SITUACION

HISTORIA	
Ha tenido usted:	
Ataque cardíaco	
Cirugía de corazón	
Cateterización cardíaca coronaria	
Angioplastia	
Implantación de marcapaso o desfibrilador	
Arritmia cardíaca	
Enfermedad valvular del corazón	
Falla cardíaca	
Trasplante cardíaco	
Enfermedad cardíaca coronaria	
SINTOMAS	
Tiene molestias o dolor en el pecho al realizar ejercicio	
Presenta ahogo inusual por actividad física leve	
Experimenta mareos, sincopes o desmayos	
Toma alguna medicación para el corazón	
OTRAS CUESTIONES MEDICAS	
Esta embarazada	
Tiene diabetes	
Tiene asma o alguna enfermedad pulmonar	
Tiene dolor tipo ardor o quemazón en las piernas cuando camina distancias cortas	
Tiene alguna preocupación acerca de la seguridad al realizar ejercicio	
Tiene algún problema musculo esquelético que pueda limitar su actividad física	
Toma alguna medicación, ¿Cuál?	

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	
<input type="checkbox"/>	Su presión arterial es mayor de 140/90
<input type="checkbox"/>	Toma medicación para la presión arterial
<input type="checkbox"/>	Su nivel de colesterol es mayor a 200 mg/dl
<input type="checkbox"/>	Es usted hombre mayor de 45 años
<input type="checkbox"/>	Es usted mujer mayor de 55 años, le han realizado histerectomía o es postmenopáusica
<input type="checkbox"/>	Tiene sobrepeso de mas de 10 kilogramos
<input type="checkbox"/>	Alguno de sus familiares han sufrido de ataque cardiaco o infarto antes de los 55 años
<input type="checkbox"/>	Es usted físicamente inactivo (realiza menos de 30 minutos de ejercicio al menos 3 veces por semana)
<input type="checkbox"/>	Usted fuma o dejo de fumar en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/>	Desconoce su presión arterial
<input type="checkbox"/>	Desconoce su nivel de colesterol

AHA/ACSM Recomendaciones para Tamizaje Cardiovascular, manejo de personal y políticas en instalaciones de salud y acondicionamiento físico.

OBJETIVOS DEL USUARIO	
1. Iniciar un plan de ejercicios que el profesional del ejercicio prescriba. (Si / No)	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Los beneficios que espero conseguir con la practica de ejercicio físico en el gimnasio son:	
<input type="checkbox"/>	a.) Salud y bienestar
<input type="checkbox"/>	b.) Acondicionamiento físico
<input type="checkbox"/>	c.) Recreación
<input type="checkbox"/>	d.) Aumentar de masa muscular
<input type="checkbox"/>	e.) Bajar de peso
<input type="checkbox"/>	f.) Rendimiento Deportivo
<input type="checkbox"/>	g.) Otro diferente. ¿Cuál(es)? _____

El Centro Deportivo de la Universidad de Los Andes le recomienda que realice al menos 30 minutos de actividad física, mínimo 5 veces a la semana.

Pregunte al entrenador para mas información

Hago constancia de haber recibido las instrucciones necesarias para diligenciar

He leído, entendido y contestado verazmente a todas las anteriores preguntas.

Si el instructor de gimnasio me remite a valoración médica previa al inicio de mi plan de ejercicios, asistiré a la misma, aceptaré y seguiré las instrucciones emanadas en el plan de manejo de la consulta con el Médico del Deporte y enviadas a los asistentes de los gimnasios.

Nombre: _____

Documento: _____

Firma: _____