

**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	
<b>Ha tenido usted:</b>	
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**

Su presión arterial es mayor de 140/90
Toma medicación para la presión arterial
Su nivel de colesterol es mayor a 200 mg/dl
Es usted hombre mayor de 45 años
Es usted mujer mayor de 55 años, le han realizado histerectomía o es postmenopáusica
Tiene sobrepeso de mas de 10 kilogramos
Alguno de sus familiares han sufrido de ataque cardiaco o infarto antes de los 55 años
Es usted físicamente inactivo (realiza menos de 30 minutos de ejercicio al menos 3 veces por semana)
Usted fuma o deajo de fumar en los últimos 6 meses
Desconoce su presión arterial
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:
a.) Salud y bienestar
b.) Acondicionamiento físico
c.) Recreación
d.) Aumentar de masa muscular
e.) Bajar de peso
f.) Rendimiento Deportivo
g.) Otro diferente. ¿Cuál(es)? _____
3. Sabe usted nadar <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>
Que estilo domina Libre _____ Espalda _____ Mariposa _____ Pecho _____
Si sabe usted nadar, desearia realizar práctica de natación <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>

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: \_\_\_\_\_