

A1	B
A2	C
A3	D

INV

N
R

FICHA MEDICA DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DEPORTIVO
INVITADO
PLAN + 1

Fecha		
DD	MM	AA

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Documento de identidad: _____ Tipo de documento: _____
 Genero: Femenino Masculino Edad: _____ RH: _____
 EPS (empresa de salud) a la que se encuentra afiliado: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono: _____
 En caso de emergencia llamar a: _____ Teléfono: _____
 Tipo de plan:
 Plan + 1 Trimestre Plan + 1 Mes

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

HISTORIA	
Ha tenido usted:	
Ataque cardiaco	
Cirugía de corazón	
Cateterización cardiaca coronaria	
Angioplastia	
Implantación de marcapaso o desfibrilador	
Arritmia cardiaca	
Enfermedad valvular del corazón	
Falla cardiaca	
Trasplante cardiaco	
Enfermedad cardiaca 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 dejo 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. Desea usted realizar el plan de ejercicio propuesto por el Centro Deportivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desea mantener o realizar su propio plan de ejercicio	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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que estilo domina Libre _____ Espalda _____ Mariposa _____ Pecho _____	
Si sabe usted nadar, desearia realizar práctica de natación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de resolver las dudas que tuve y se me ha respondido satisfactoriamente. He contestado verazmente a todas las anteriores preguntas.

La Universidad de los Andes está comprometida con el tratamiento leal, lícito y seguro de sus datos personales. Por favor consulte nuestra Política de Tratamiento de Información.

Si el entrenador 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 entrenadores de los gimnasios.

Nombre: _____

Documento: _____

Firma: _____