

**FICHA MEDICA DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DEPORTIVO  
PLAN EGRESADOS**

Fecha		
DD	MM	AA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Número del documento de identidad: \_\_\_\_\_ Tipo de documento: \_\_\_\_\_

 Genero: F  M  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

EPS (empresa de salud) a la que se encuentra afiliado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ uniandes.edu.co

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

 Tipo de Plan:
 

Gata Golosa Trimestre	<input type="checkbox"/>
Gata Golosa Año	<input type="checkbox"/>

Gata Golosa Semestre	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

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

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

**OTROS**

1. Ha presentado alguna lesion (desgarro, esguince, trauma, fractura) durante el último mes?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Ha presentado algún dolor o molestia articular o muscular en las últimas dos (2) semanas?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Espalda <input type="checkbox"/>	Mariposa <input type="checkbox"/>	Pecho <input type="checkbox"/>
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. en donde puede conocer sus derechos constitucionales y legales así como la forma de ejercerlos.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Documento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_