



FICHA MÉDICA

HISTORIA MÉDICA

(Tiene carácter de Declaración Jurada)

Apellido y Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
Dirección _____	Ciudad _____	Teléfono _____
En caso de emergencia avisar a:		
Nombre _____	Relación _____	Teléfono (Part.) _____ (T) _____

Los "Sí" explíquelos al finalizar. Consulte con su médico las preguntas que no comprenda.

		Sí	No
1.	¿Alguna vez un médico le prohibió o restringió su participación por deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Actualmente sufre alguna afección médica (como diabetes o asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez pasó la noche en un hospital o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez se sometió a alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Actualmente está tomando algún tipo de medicamento recetado o no o utilizando algún inhalador (de venta libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Ha tomado alguna vez algún tipo de vitaminas, o suplementos (energizantes, aminoácidos, creatina, hormonas) para ayudarlo a ganar o perder peso o para mejorar el rendimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Tiene alergias a los medicamentos, al polen, a la picadura de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Alguna vez ha tenido salpullo o urticaria durante o después de la práctica de algún ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DURANTE la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse DESPUÉS la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor o presión en el pecho durante de la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿El corazón le palpita o tiene latidos irregulares durante la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguna vez el médico le dijo que tiene presión arterial alta o colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Alguna vez el médico le dijo que tiene un soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Alguna vez el médico le dijo que tuvo una infección en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Alguna vez el médico le indicó una prueba cardíaca? (ECG, eco cardiografía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Algún miembro de su familia ha fallecido sin una razón aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Alguien de su familia tiene un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Algún miembro de su familia o pariente murió por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	¿Algún miembro de su familia tiene síndrome de Marfan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	¿Tiene algún problema de piel actualmente (Ej. acné, salpullido, verrugas, hongos o ampollas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	¿Alguna vez tuvo traumatismos de cráneo con lastimaduras o contusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿Alguna vez se golpeo la cabeza y estuvo confundido o con pérdida de la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	¿Tiene dolores de cabeza con la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	¿Alguna vez estuvo imposibilitado de mover los brazos o piernas después de golpearse o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Si debe hacer actividad física cuando hace calor, ¿tiene calambres musculares severos o se descompone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	¿Alguna vez el médico le dijo que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	¿Tose, tiene sibilancias (chillidos) o dificultades para respirar durante o después de la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	¿Alguna persona de su familia tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	¿Alguna vez usó un inhalador o tomó medicamentos para el asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	¿Nació sin – o le falta – un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	¿Tuvo mononucleosis infecciosa el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	¿Padece Ud. algún tipo de alergia o gripe de estación que requiera de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	¿Alguna vez tuvo algún problema con los ojos o con la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



36. ¿Usa anteojos, lentes o lentes de contacto? Sí No

37. ¿Alguna vez tuvo una lesión, como un esguince, desgarro muscular, o de ligamentos o tendinitis, que le hiciera perder un entrenamiento o partido? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada:

38. ¿Alguna vez se quebró o fracturó un hueso o se dislocó las articulaciones? Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada:

39. ¿Tuvo una lesión ósea o articular que requirió radiografías, TAC. Resonancia Magnética Nuclear; cirugía, inyecciones, rehabilitación, fisioterapia, una férula, un yeso o muletas Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo el área afectada:

Cabeza	Cuello	Hombro	Brazos	Codo	Antebrazo	Mano dedos	Pecho
Espalda dorsal	Espalda lumbar	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla	Tobillo	Pie / dedos

40. ¿Alguna vez tuvo una fractura por estrés?

41. ¿Alguna vez le dijeron que se hiciera –o se hizo– una radiografía por inestabilidad atlóideoaxoidea (cuello)?

42. ¿Está conforme con su peso?

43. ¿Está tratando de engordar o adelgazar?

44. ¿Alguien le recomendó cambiar de peso o sus hábitos alimenticios?

45. ¿Usted limita o controla cuidadosamente lo que come?

46. ¿Usted fuma?

47. ¿Se siente estresado/a o deprimido/a?

48. Carnet de vacunación completo

¿Cuál fue la última fecha de la vacuna antitetánica o doble adulto? / /

49. ¿Tiene alguna inquietud sobre lo que le gustaría hablar con su médico?

50. ¿Existe alguna otra razón por la que usted no debería realizar actividad física y/o deportes?

Solamente para mujeres

51. ¿Alguna vez tuvo un periodo menstrual?

52. ¿A que edad tuvo su primer periodo menstrual? _____

53. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido durante los últimos 12 meses?: _____

Explique las respuestas por Sí aquí:

.....

.....

.....

Por el presente declaro que a mi leal saber y entender, las respuestas dadas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del Postulante: _____ Firma del padre / tutor: _____

Advertencia: No responder con honestidad y exactitud las preguntas que se han formulado puede ser peligroso para la salud.