



CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FISICA

PRIMER APELLIDO: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DNI: _____

ANTECEDENTES PERSONALES MEDICOS RELEVANTES PARA LA PRACTICA DEPORTIVA:

MARCAR CON "X" LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

____ SI ____ NO ¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas del corazón y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un médico?

____ SI ____ NO ¿Tiene dolor en el pecho cuando practica alguna actividad física? En el último mes,

____ SI ____ NO ¿Ha tenido dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividades físicas?

____ SI ____ NO ¿Pierde el equilibrio por mareos, o ha perdido alguna vez el conocimiento?

____ SI ____ NO ¿Tiene problema en algún hueso o articulación que pueda ser agravado por un cambio en su actividad física?

____ SI ____ NO ¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón (por ejemplo, pastillas diuréticas)?

____ SI ____ NO ¿Está al corriente ya sea por propia experiencia, por observación médica, o sabe por cualquier otra circunstancia que exista alguna razón que le impida o no sea recomendable para Vd. La realización de ejercicio físico?. En caso afirmativo indique cual: _____

En _____ a _____ de _____ de 202_____

Fdo: