



1. FICHA MÉDICO DEPORTIVA

Nombres y Apellidos		Edad	
Identificación:(TI o C.C.)	Código:	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación
Facultad:		Programa:	
Electiva:		Semestre:	
Teléfono:	Grupo sanguíneo:	Correo electrónico:	

HISTORIA FAMILIAR

A. Alguno de sus familiares (padres, tíos, abuelos o hermanos) padece o ha padecido una o varias de las siguientes enfermedades:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria (antes de los 30 años) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Muerte súbita (antes de los 50 años) | <input type="checkbox"/> Infarto o accidente cerebro vascular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer. Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Hipo, hipertiroidismo o problemas endocrinológicos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otros Cuál (es)? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | |

HISTORIA PERSONAL

B. ¿Ha padecido o padece una o varias de las siguientes enfermedades? (Marque con una X en el recuadro y en el espacio de *observaciones* especifique si tiene algún tratamiento actualmente y en caso de cirugía especifique tipo y fecha de intervención.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enf. Arterial periférica | <input type="checkbox"/> Alto nivel de estrés |
| <input type="checkbox"/> Patología cardiaca | <input type="checkbox"/> Lesión ortopédica permanente | <input type="checkbox"/> ¿Toma algún medicamento de forma permanente? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lesión ortopédica reciente | <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún problema óseo o articular que pueda empeorar con la actividad física? |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas de peso | <input type="checkbox"/> Cirugía cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Enf. crónica activa | |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Convulsivo | <input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica | |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo y/o drogadicción | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cirugía excepto menor | |
| | <input type="checkbox"/> Depresión | |

Observaciones _____

C. ¿Se encuentra en estado de embarazo? Sí No

D. ¿Actualmente fuma? No Sí ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ Cigarrillos

E. Consume licor No Sí ¿Cuántas veces a la semana? _____ o al mes _____

F. Según la cantidad de actividad física que Ud. realiza diariamente se considera:

Poco activo Medianamente activo Muy activo

G. ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?

NO Sí ¿Cuál? _____ ¿Cuántas veces por semana?

H. ¿Cree usted que necesita evaluación médica para realizar su plan de ejercicio / actividad física?

NO Sí ¿Por qué? _____

Yo he sido cuestionado sobre mis antecedentes médicos familiares y personales que pueden ocasionar riesgo para mi salud con la práctica del ejercicio. Notifico que toda la información ha sido veraz y completa. Se libera de toda responsabilidad a la Universidad La



Gran Colombia, por las consecuencias derivadas de negligencia, imprudencia, impericia, desacato u omisión por parte del usuario hacia las recomendaciones del docente, así como de aquellas consecuencias propias de imprevistos y azar.

NOMBRE _____

C.C. _____

FIRMA _____

FECHA _____

2. CUESTIONARIO DE APTITUD PARA EL EJERCICIO FÍSICO (C-AAF)

El C-AAF ha sido concebido para ayudarse a sí mismo. El ejercicio físico regular se asocia a muchos beneficios para la salud. Si tiene la intención de aumentar su nivel de actividad física habitual, un primer paso prudente es cumplimentar el C-AAF.

Para la mayoría de la gente la actividad física no presenta ningún problema o riesgo en especial. El C-AAF ha sido concebido para descubrir aquellos pocos individuos para los que la actividad física puede ser inapropiada o aquellos que necesitan consejo médico en relación con el tipo de actividad más adecuada en su caso.

El sentido común es la mejor guía para responder a estas pocas preguntas. Por favor, léalas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso.

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física solamente con supervisión médica?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física que se propone realizar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Le ha prescrito su médico medicación para la presión arterial o para algún problema de corazón (por ejemplo diuréticos)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está al corriente, ya sea por propia experiencia o por indicación de un médico, de cualquier otra razón que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?

Si ha contestado Sí a una o más preguntas:

ANTES de aumentar su nivel de actividad física o de realizar una prueba para valorar su nivel de condición física, consulte a su médico por teléfono o personalmente (si no lo ha hecho ya recientemente). Indique qué preguntas de este cuestionario ha contestado con un sí o enséñele una copia del mismo.

Programas de actividad física

DESPUÉS de una revisión médica, pida consejo a su médico en relación con su aptitud para realizar:

- Actividad física sin restricciones. Probablemente será aconsejable que aumente su nivel de actividad progresivamente.
- Actividad física restringida o bajo supervisión adecuada a sus necesidades específicas (al menos al empezar la actividad).

Infórmese de los programas o servicios especiales a su alcance.

Si ha contestado No a todas las preguntas

Si ha contestado el C-AAF a conciencia, puede estar razonablemente seguro de poder realizar actualmente:

- Un programa gradual de ejercicio. El incremento gradual de los ejercicios adecuados favorece la mejora de la condición física, minimizando o eliminado las sensaciones incómodas o desagradables.
- Una prueba de esfuerzo. Si lo desea, puede realizar pruebas simples de valoración de la condición física u otras más complejas (como una prueba de esfuerzo máxima).

Posponerlo

Si padece alguna afección temporal benigna, como por ejemplo un resfriado o fiebre, o no se siente bien en este momento, es aconsejable que posponga la actividad física que se propone realizar.

Notas

1. Este cuestionario sólo es aplicable en personas entre 15 y 69 años. 2. Si está embarazada, antes de hacer ejercicio le sugerimos que consulte a su médico. 3. Si se produce algún cambio en su estado en relación con las preguntas anteriores, le rogamos que informe inmediatamente al profesional responsable de su programa de actividad.

NOMBRE _____

C.C. _____

FIRMA _____

FECHA _____