



EVALUACIÓN PARA ACTIVIDAD FÍSICA COLEGYM

Los datos suministrados en este formulario tienen carácter de Declaración Jurada

Nombre y Apellido N° de Socio

Lugar y Fecha de Nacimiento

DNI Teléfono

Dirección

Cobertura Médica

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
¿Tuvo COVID 19? (Si la respuesta es SI, consigne fecha de alta a continuación) Fecha de alta:		
¿Fue operado/a en el último año?		
¿Toma regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado/a en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético/a?		
¿Es asmático/a?		
¿Es alérgico/a?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en el último año?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en el último año?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		
¿Usa ortodoncia o algún elemento ortopédico?		
¿Inmunización y vacunas completo?		
¿Tiene una enfermedad crónica?		
¿Está bajo tratamiento psicológico/ psiquiátrico?		

FIRMA / ACLARACIÓN / DNI

EVALUACIÓN PARA ACTIVIDAD FÍSICA COLEGYM

Apto Médico para ser completado por médico Cardiólogo luego de evaluar:

*Historia Clínica:

*Anamnesis.

*Auscultación cardíaca y respiratoria.

*Tensión Arterial.

*Pulsos periféricos.

*E.C.G. (Electrocardiograma)

*P.E.G. (Prueba de Esfuerzo Graduada)

*Antropometría básica. (peso, talla y circunferencia abdominal)

El Sr. /Srta. /Sra D.N.I. N°.....

de acuerdo a las evaluaciones y estudios tenidos a la Vista; es apto/a cardiovascularmente para la práctica de actividad física.

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

CONSENTIMIENTO

Yo

D.N.I Acepto realizar actividad física en el Gimnasio.

FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN