



COLEGIO DE MEDICOS

De la Provincia de Santa Fe, Segunda Circunscripción

Cuestionario de Salud

El siguiente formulario debe ser completado por el deportista o representante legal (padre o tutor) en menores de 18 años.

DATOS PERSONALES

Apellido y nombres

Edad Sexo Fecha de nacimiento / / DNI

Domicilio Localidad Teléfono

Obra social Socio nro.

En caso de urgencia comunicarse con

Dirección Teléfonos

Grupo Sanguíneo Factor RH ¿Alergia a medicamentos? Mencione cuál/les

.....

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tiene problemas cardíacos? SI NO

¿Le han dicho que tiene un soplo cardíaco? SI NO

¿Ha tenido una afección cardíaca o lo derivaron a un cardiólogo por alguna razón? SI NO

¿Tiene o ha tenido dolor en el pecho o presión? (1) SI NO

¿Tiene asma? SI NO

¿Suele sentirse cansado con facilidad, fatigado o debe detener el ejercicio? (1) SI NO

En caso de respuesta afirmativa: Hace tiempo En el último tiempo Durante la práctica de actividad física

¿Ha tenido presión alta alguna vez? SI NO

En caso de respuesta afirmativa: Hace tiempo En el último tiempo Durante la práctica de actividad física

¿Ha tenido o tiene con el ejercicio palpitaciones, náuseas o desmayos? SI NO

¿Toma medicamentos, esteroides, anabólicos u otros? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les

¿Tiene alguna enfermedad neurológica? SI NO

¿Tiene otro factor de riesgo (1) cardiovascular como el colesterol alto, diabetes, obesidad, estrés, tabaquismo o sedentarismo? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les

¿Tiene problemas articulares, óseos, dolencias, lesiones previas en huesos o articulaciones? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les

¿Existe algún otro problema o enfermedad no mencionada aquí que debiera confíarnos? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les.....

Hábitos

¿Realiza habitualmente actividad física o deportes? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les.....

¿Días y horas por semana?

¿Cómo es la actividad que realiza? Recreativa Federada Alto rendimiento (2)

¿Fuma cigarrillos? SI NO ¿Cuántos por día?

¿Toma alguna medicación en forma habitual? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les

Antecedentes familiares (hermanos, padres, abuelos)

¿Algún familiar ha muerto en forma prematura (menor a 50 años)? SI NO

¿Algún miembro de su familia padece de arritmias, síndrome de QT largo, hipertrofia cardíaca, síndrome de Marfan u otro? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les

¿Algún miembro de su familia sufrió un accidente cerebrovascular (ACV)? SI NO

¿Algún miembro de su familia sufre de tensión arterial alta (HTA)? SI NO

¿Algún miembro de su familia sufre de diabetes? SI NO

¿Algún miembro de su familia presenta dislipemia (3)? SI NO

¿Otra enfermedad? SI NO

En caso de respuesta afirmativa mencione cuál/les.....

Autorización para transmitir información: otorgo permiso para que los resultados de la evaluación médica se transmitan a los dirigentes de la institución donde me desenvuelvo o represento como deportista.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma del deportista, aclaración y DNI

.....
Firma del representante legal, aclaración y DNI

(1) FACTOR DE RIESGO: circunstancia o situación que aumenta las posibilidades de daño. Valor preventivo.

(2) DEPORTE FEDERADO: participación en programas de entrenamiento deportivo con cronogramas de competencia local o provincial que no superen las cuatro sesiones de entrenamiento semanal, con objetivos de rendimiento físico y deportivo. / DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO: participación en cronogramas de competencia nacional o internacional, o bien de competencia locales, que superen las 4 sesiones semanales de entrenamiento planificado, con objetivos de desarrollo físico de capacidades condicionadas a mediano o largo plazo.

(3) DISLIPEMIA: alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos (fundamentalmente colesterol y triglicéridos).