

UNIDAD XOCHIMILCO

CUESTIONARIO MEDICO

Fecha: _____

Nombre: _____

Matricula: _____

Carrera: _____ División: _____

Deporte: _____

Trimestre: _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Entrenador: _____

Contesta el cuestionario para saber si puedes hacer ejercicio.

- 1.- ¿Te han diagnosticado algún problema cardiaco? SI NO
- 2.- ¿Tienes dolores en el corazón o en el pecho con frecuencia sin causa aparente? SI NO
- 3.- ¿Sueles sentirte cansado(a), con mareos frecuentes o has perdido el conocimiento sin ninguna causa? SI NO
- 4.- ¿Te han diagnosticado tensión arterial alta? SI NO
- 5.- ¿Tienes dolores en los huesos o en las articulaciones por cirugía, artritis u otras causas que empeoran con cualquier movimiento o ejercicio? SI NO
- 6.- ¿Tomas algún medicamento por enfermedad crónica? SI NO
- 7.- ¿Existe alguna razón, no mencionado aquí por la cual no deberías seguir o iniciar un programa de ejercicio, incluso si no lo desearas? SI NO

T.A.: _____

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____ Estatura: _____

