



Datos Registro.

EXpte.:



AREA DE DEPORTES

CUESTIONARIO DE SALUD.

Nº TARJETA ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Nº Tarjeta

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

NIF:

Fecha de nacimiento:

Domicilio (calle, piso, letra):

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

HISTORIAL MÉDICO

SÍNTOMAS

<input type="checkbox"/>	Infarto de miocardio o angina de pecho	<input type="checkbox"/>	Siente molestias en el pecho con el esfuerzo
<input type="checkbox"/>	Cirugía cardiaca	<input type="checkbox"/>	Siente falta de aire desproporcionada al esfuerzo realizado
<input type="checkbox"/>	Cateterismo cardiaco	<input type="checkbox"/>	Ha tenido mareo, palpitaciones, desfallecimiento, pérdida de conciencia, alteraciones en ECG
<input type="checkbox"/>	Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/>	Toma medicación para el corazón o la tensión arterial
<input type="checkbox"/>	Implante de marcapasos o desfibrilador cardiaco	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad en válvula cardiaca	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Trasplante cardiaco	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca congénita	<input type="checkbox"/>	

Si ha marcado alguna de estas preguntas, es necesario que consulte a su médico o a un médico especialista en medicina deportiva para que valore si la actividad que desea practicar es adecuada para usted.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

<input type="checkbox"/>	Hombre mayor de 45 años
<input type="checkbox"/>	Mujer Mayor de 55 años
<input type="checkbox"/>	Mujer con menopausia precoz sin terapia de reposición de estrógenos
<input type="checkbox"/>	Familiar que haya sufrido Infarto Agudo de miocardio o muerte súbita antes de los 55 años (padre o hermano) o antes de los 65 años (madre o hermana)
<input type="checkbox"/>	Fumador <input type="text"/> Nº cigarros/día <input type="text"/> .Hace <input type="text"/> años
<input type="checkbox"/>	Ex fumador <input type="text"/> Dejó el hábito hace <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses
<input type="checkbox"/>	Tensión arterial <input type="text"/> Desconocida <input type="text"/> Mayor de 140/90 mmHg
<input type="checkbox"/>	Cifra de colesterol <input type="text"/> Desconocida <input type="text"/> Mayor de 200 mg/dL <input type="text"/> HDL menor de 35mg/dL
<input type="checkbox"/>	Diabético <input type="text"/> Insulinodependiente <input type="text"/> Mayor de 30 años <input type="text"/> La ha padecido durante más de 15 años
<input type="checkbox"/>	No insulinodependiente mayor de 35 años
<input type="checkbox"/>	Es sedentario (actividad física menor de 30 minutos tres días por semana)
<input type="checkbox"/>	Obesidad (más de 8 Kg. de sobrepeso)

Si ha marcado afirmativamente dos o más preguntas de esta sección, es necesario que consulte a su médico o a un médico especialista en medicina deportiva para que valore si la actividad que desea practicar es adecuada para usted.

OTROS

<input type="checkbox"/>	Problemas en huesos o articulaciones
<input type="checkbox"/>	El médico le ha limitado la actividad deportiva o el esfuerzo
<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas (epilepsia, vértigo, migraña)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad infectocontagiosa, dermatológica actual
<input type="checkbox"/>	Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria
<input type="checkbox"/>	Toma alguna otra medicación
<input type="checkbox"/>	Está embarazada
<input type="checkbox"/>	Alergias conocidas o asma
<input type="checkbox"/>	Ingresos hospitalarios
<input type="checkbox"/>	Alteración en análisis sangre, orina, Rx
<input type="checkbox"/>	Otro comentario relacionado con su salud:

Los datos serán procesados única y exclusivamente por el Servicio Médico y tienen como fin prevenir trastornos ocasionados por el ejercicio.

Lugar y Fecha / /201

Firma del interesado

Autorizo a recibir comunicaciones electrónicas vía correo electrónico o SMS relativas a Concejalía Deportes.