## Cuestionario básico de salud para la práctica deportiva

Apeliidos:	Nombre:	recna: / /
Edad:	Fecha nac.: : / /	Sexo: m/f
En caso de emergencia comunicarse	con:	
Nombre:	Relación: Teléfonos:	
		Si No
1 ¿ Has sufrido alguna enfermedad o lesiór ¿Cuáles?	_	
2 ¿ Has estado hospitalizado en el último a:	ño?	2
3 ¿ Te han operado alguna vez?		$\square \square 3$
¿De qué?		
4 ¿ Estas tomando en el momento actual alş ¿Qué?	~	4
5 ¿ Tienes alergias (polen, fármacos, alimer	ntos, picadura de insectos)?	□ □ 5
6 ¿ Has perdido el conocimiento durante la	práctica de ejercicio físico o después de	e él?
7 ¿ Te has mareado durante la práctica de e	ejercicio físico o después de él?	□ □ 7
8 ¿ Has sufrido dolor en el pecho durante la	a práctica de ejercicio físico o después do	e él?
9 ¿ Te cansas antes que tus compañeros hac	ciendo ejercicio?	□ □ 9
10 ¿ Se te ha acelerado el corazón o has nota	ndo palpitaciones?	
11 ¿ Has tenido la tensión arterial alta o el n	ivel colesterol alto?	
12¿ Te han dicho que tienes un soplo en el d	corazón?	<u> </u>
13 ¿ Algún miembro de tu familia ha fallecio repentina antes de los 50 años?	do por problemas de corazón o de forma	a 13
14¿ A algún miembro de tu familia le han d arritmia, corazón grande, infarto, sír		n,
15 ¿ Algún médico te ha prohibido o restrin de corazón?	igido la participación deportiva por prol	blemas 🔲 🗌 15
16 ¿ Tienes actualmente problemas en la pie ampollas?	el (picor, erupción, acnè, verrugas, hong	os o 16
17 ¿ Has tenido alguna vez una lesión o trau	umatismo craneal?	
18 ¿ Alguna vez, por un cabezazo o por un inconsciente, has perdido la memoria	golpe en el que hayas caído al suelo, has a, o has tenido alteraciones en la visión?	
19 ¿ Alguna vez has sufrido convulsiones?		
20 ¿ Tienes dolores de cabeza frecuentes o g	graves?	20
21¿ Alguna vez se te han dormido o has ter o los pies?	nido la sensación de acorchamiento de la	as manos
22 ¿ Alguna vez has enfermado por hacer ej	jercicio en ambiente muy caluroso?	22
23 ¿ Alguna vez has tenido sensación de aho	ogo haciendo ejercicio?	<u> </u>
24¿ Algún médico te ha diagnosticado asm	a o alergia aunque ahora no tengas nada	a?

<ul> <li>25 ¿ Tienes alergias que requieren tratamiento médico?</li> <li>26 ¿ Has sufrido algún problema en los ojos o tienes alteraciones de la visión?</li> <li>27 ¿ Utilizas algún protector especial o corrector (rodillera, plantillas, ortodoncia, protector dental, audífono, gafas o lentes de contacto?</li> <li>¿Qué?</li> </ul>			
		28 ¿ Has padecido anemia o falta de hierro?	□□28
		29 ¿ Algún médico te controla algún problema de salud?	
30 ¿ Tienes alguna otra enfermedad?			
¿ Cuál?			
31 ¿ Fumas?	☐ ☐ 31		
¿A qué edad empezaste a fumar? ¿ Cuántos cigarrillos al día?			
32 ¿ Consumes alcohol?	<u>32</u>		
¿A qué edad empezaste a consumir alcohol?			
¿Qué cantidad consumes al día/semana?/			
Observaciones: Anota cualquier comentario que quieras añadir respecto a tu estado de alguna de las preguntas / respuestas del cuestionario			
	•••••		
Por este documento declaro que hasta donde puedo saber, mis respuestas a las preguntas son y correctas	completas		
Firma			
1 1111M			
Revisado por: Dr			