|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** |  |

|  |
| --- |
| 1. INFORMACIÓN GENERAL |
| 2.1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.2. Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.3. Número de celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.5. Tipo de vinculación:  Empleado Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudiante Programa: Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.6. Unidad académica / administrativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.7. ¿Pertenece a alguna selección deportiva?: No Si ¿Cuál\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.8. EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.9. RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.10. Talla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.11. Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Información del contacto en caso de emergencia:2.12. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.13. Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.14. Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA |
| 3.1. ¿Realiza actividad física? No Si En caso de haber seleccionado Si, por favor responsa las siguientes preguntas:¿Hace cuánto tiempo realiza actividad física? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué tipo de actividad física realiza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. REGISTRO DEL TAMIZAJE PREPARTICIPATIVO |
| 4.1. ¿Ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades?: Infección severa Enfermedad del riñón Trastorno de alimentación Enfermedad cardiaca (infarto, cirugía, trasplante, angioplastia, marcapasos, desfibrilador, arritmia, enfermedad valvular, etc.) Historia personal / familiar de enfermedad neurológica4.2. ¿Ha tenido alguna cirugía u hospitalización en los últimos 10 años? No Si Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.3. ¿Toma alguna medicación?   Medicación Dosis Condición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.4. ¿Tiene alguna lesión o problema musculo esquelético que pueda afectar su participación en el deporte? No SiPor favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.5. ¿Ha sufrido una Concusión Cerebral? No Si Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.6. ¿Ha presentado o presenta alguno de los siguientes síntomas asociados a la práctica de actividad física? Dolor en el pecho con el esfuerzo Vértigo, mareo, desmayo o pérdida de conocimiento  Asfixia o dificultad para respirar inexplicable Toma medicamentos para el corazón4.7. Otros aspectos de salud: ¿Tiene diabetes? ¿Está embarazada?  ¿Tiene asma u otra enfermedad pulmonar? ¿Tiene preocupaciones acerca de la seguridad del  Otro ¿Cuál?4.8. Ningún ítem es positivo: Ninguna de las anteriores |
| 4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR |
|  Es hombre mayor a 45 años Es mujer mayor a 55 años Fuma o dejo de fumar en los últimos 6 meses Su tensión arterial es mayor o igual a 140 / 90 mm/ Hg Toma medicamentos para la tensión arterial Su nivel de colesterol es mayor o igual a 200 mg/dL  Tiene un pariente cercano que haya sufrido un ataque al corazón (infarto) o cirugía del corazón antes de los 55 años (padre o hermano) o antes de las 65 años (madre o hermana) Es físicamente inactivo (menos de 30 minutos al día por lo menos tres días a la semana) Conoce su índice de masa corporal (IMC) y es mayor a 30 Kg/m² |
| DECLARACIÓN Y FIRMA |
| Para todos los efectos, DECLARO que todas las respuestas e información anotada por mí en el presente, es veraz y puede ser verificada.Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |