

CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FISICA

APELLIDO 1:

APELLIDO 2:

NOMBRE:

EDAD ACTUAL:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

ANTECEDENTES PERSONALES:

.....
.....
.....
.....

CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FISICA

1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física solamente con supervisión médica?..... SI NO

2. ¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?..... SI NO

3. ¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?..... SI NO

4. ¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?..... SI NO

5. ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física que se propone realizar?..... SI NO

6. ¿Le ha prescrito su médico medicación para la presión arterial o para algún problema del corazón (por ejemplo diuréticos)?..... SI NO

7. ¿Tiene conocimiento por propia experiencia o por indicación médica de alguna alteración que le impida hacer ejercicio con normalidad?..... SI NO

En caso afirmativo señalar qué tipo de alteración:

.....

En, a de de

Firmado: