



DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Nombre y Apellido: D.N.I.:
Fecha de Nacimiento: / / Edad:
Domicilio:

En caso de urgencia avisar a

Contacto 1: Nombre y Apellido: Relación/parentesco
Domicilio:
Teléfonos fijo y móvil: Correo electrónico:
Contacto 2: Nombre y Apellido: Relación/parentesco
Domicilio:
Teléfonos fijo y móvil: Correo electrónico:

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:
¿Practica alguna actividad física? SI - NO ¿Cuál?.....

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO
¿Por qué enfermedad lo toma?

Ficha de control médico

Peso Talla IMC TA Grupo Sanguíneo

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	¿Sí?	¿No?	¿Tiene Alguna restricción?
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que..... DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha.-

☐ Deporte ☐ Actividad no competitiva- Recreación ☐ Gimnasio de pesas

Firma del Médico

Sello Fecha: / /

TRAER ESTUDIOS MÉDICOS DEL ÚLTIMO AÑO, Y ASISTIR CON ROPA CÓMODA O DEPORTIVA