

**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:

<b>Patologías / Antecedentes</b>	<b>¿Si?</b>	<b>¿No?</b>	<b>¿Tiene Alguna restricción?</b>
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: / / \_\_\_\_\_