**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*** | ***¿Si?*** | ***¿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: / /