



## CUESTIONARIO DE SALUD

La información que se solicita en el presente cuestionario es para uso del profesional que realizará su evaluación desde el punto de vista médico. **Sea responsable con su salud.** La afirmación de afecciones o enfermedades presentes o pasadas **no contraindica la práctica deportiva.**

### 1. DATOS PERSONALES

Apellido Y Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Obra Social \_\_\_\_\_ Socio N° \_\_\_\_\_

En caso de urgencia comunicarse con \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

¿Alergia a medicamentos? ¿A cuál? \_\_\_\_\_



## 2. ANTECEDENTES PERSONALES

Lea las preguntas cuidadosamente y responda por sí o por no

1. ¿Tiene problemas cardíacos? ¿Le han dicho que tiene un soplo cardíaco? \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido una afección cardíaca o lo derivaron a un cardiólogo por alguna razón? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene o ha tenido dolor en el pecho o presión? (\*) \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene asma? \_\_\_\_\_
5. ¿Suele sentirse cansado con facilidad, fatigado o debe detener el ejercicio? (\*) \_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido presión alta alguna vez? (\*) \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido o tiene con el ejercicio palpitaciones, nauseas o desmayos? \_\_\_\_\_
8. ¿Toma medicamentos, esteroides, anabólicos u otros, cuáles? \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene alguna enfermedad neurológica? \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene otro factor de riesgo cardiovascular (¿colesterol alto, diabetes, obesidad, estrés, tabaquismo, sedentarismo? Mencione cuáles.  
\_\_\_\_\_
11. ¿Tiene problemas articulares, óseos, dolencias, lesiones previas en huesos o articulaciones? Mencione cuál/les  
\_\_\_\_\_
12. ¿Existe algún otro problema o enfermedad no mencionada aquí que debiera confíarnos?  
\_\_\_\_\_



### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hermanos, padres, abuelos.

1. ¿Algún familiar ha muerto en forma prematura (menor a 50 años) \_\_\_\_\_
2. ¿Algún miembro de su familia padece de arritmias, síndrome de QT largo, hipertrofia cardíaca, síndrome de Marfan u otro? Especifique.  
\_\_\_\_\_
3. ¿Algún miembro de su familia sufrió un accidente cerebrovascular (ACV)? \_\_\_\_\_
4. ¿Algún miembro de tu familia sufre de tensión arterial alta (HTA)? \_\_\_\_\_
5. ¿Algún miembro de tu familia sufre de Diabetes? \_\_\_\_\_
6. ¿Algún miembro de su familia presenta Dislipemia? \_\_\_\_\_
7. ¿Otra enfermedad? Especifique. \_\_\_\_\_



Autorizo a transmitir esta información, doy permiso para que los resultados de la evaluación médica sean transmitidos a los dirigentes de la institución, como así también para el medico del evento.

---

Firma del deportista

---

Aclaración

---

DNI

---

Firma del Representante Legal  
(Para menores de 18 años)

---

Aclaración

---

DNI

CERTIFICO QUE \_\_\_\_\_ , con DNI N° \_\_\_\_\_

se encuentra APTO para realizar TETRATLÓN DOUGLAS BERWYN 2021 EDICIÓN 30.

---

Fecha de emisión

---

Nombre y Apellido del Médico

---

Firma y Sello del Profesional