

Historial médico personal

Nombre: _____

Número de teléfono local: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

- ¿Alguna vez le han diagnosticado: (Marque todo lo que corresponda)

	NUNCA	ALGUNA VEZ	AHORA
Cardiopatía			
Fiebre reumática			
Presión arterial alta			
Otros trastornos vasculares			
Diabetes o falta de Azúcar en sangre			
Enfermedad renal			
Asma			
Trastornos neurológicos (Parkinson, EM, etc.)			
Bronquitis crónica			
Artritis de la columna, caderas, rodillas o tobillos			
Osteoporosis			
Depresión			
Otros			

2.- Indique cualquier cirugía a la que se haya sometido y las fechas aproximadas: _____

3. Por favor indique enfermedades recientes (últimos 12 meses) o lesiones importantes que haya tenido. También enumere las fechas aproximadas: _____

4. Enumere todos y cada uno de los medicamentos (recetados y sin receta) que esté actualmente tomando: _____

No.	Medicamento	Dosis de medicación	Dosis por día
1			
2			
3			
4			
5			
6			

5. ¿Fuma? _____ Paquetes por día? _____ Tabaco sin humo?

6. Describa su programa actual de ejercicio y / o actividad física (la actividad, la cantidad por día, días por semana y la cantidad de tiempo que ha estado entrenando en este nivel).

Actividad	Minutos al Dia	Días / semana	Semanas de Participación

7. ¿Tiene alguna otra condición médica o inquietud que deba tener en cuenta? Si es así, por favor describa: _____

Nombre de su Medico: _____

dirección de su Medico: _____

Notas del Entrenador:
