

Lea cuidadosamente cada pregunta y responda según sea el caso.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
 Programa académico: \_\_\_\_\_  
 Código: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Email Institucional: \_\_\_\_\_  
 EPS: \_\_\_\_\_ Estado: Activo \_\_\_ Inactivo \_\_\_

Sexo:

Tipo de Grupo Sanguíneo

Masculino  Femenino  O+  O-  A+  A-  B+  B-  AB+  AB-

HISTORIA. Ha tenido usted:	SI	NO
• 1. Ataque Cardíaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 2. Cirugía del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 3. Cateterismo cardíaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 4. Angioplastia coronaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 5. Marcapasos / Desfibrilador Implantado / Arritmia Cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 6. Enfermedad valvular cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 7. Falla cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 8. Trasplante cardíaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 9. Enfermedad congénita del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINTOMAS:	SI	NO
• 10. Siente malestar en el pecho con el ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 11. Siente asfixia inexplicable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 12. Siente vértigo, desmayo o pérdida de conocimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 13. Toma medicamentos para el corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS ASPECTOS DE LA SALUD:	SI	NO
• 14. Tiene problemas músculos esqueléticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 15. Tiene preocupaciones sobre la seguridad del ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 16. Está tomando alguna medicina prescrita por un médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 17. Si es mujer... está embarazada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO

## FACTORES DE RIESGO CARDIO VASCULAR:

• 18. Es hombre mayor de 45 años.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 19. Es mujer mayor de 55 años, tiene histerectomía o es posmenopáusica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 20. Fuma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 21. Su presión arterial es mayor de 140/90 (Hipertenso).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 22. Toma medicamentos para la presión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 23. Su colesterol es mayor de 240 mg/dl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 24. No conoce su nivel de colesterol o de presión arterial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 25. Tiene un familiar cercano que haya tenido un ataque cardíaco antes de los 25 años (padre o hermano).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 26. Es diabético o está tomando medicinas para el control del azúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 27. Es usted físicamente inactivo (Ejemplo: realiza menos de 30 minutos de actividad física 3 veces a la semana).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 28. Tiene un sobrepeso de más de 10 kg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ENCUESTA PARA REALIZAR EJERCICIO SIN EVALUACIÓN MÉDICA

SI NO

• 29. Alguna vez su médico le ha dicho que tiene un problema cardíaco y que solo puede realizar actividad física por recomendación de un médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 30. Siente dolor en el pecho cuando realiza actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 31. Ha perdido el equilibrio debido a vértigo o alguna vez ha perdido la conciencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 32. Esta su médico actualmente prescribiendo algún medicamento para la hipertensión o algún problema cardíaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 33. Tiene algún problema óseo o de articulaciones que pueda empeorar con la actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 34. Conoce alguna otra razón por la cual no deba realizar actividad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• 35. En el último mes ha tenido dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Documento Identidad: \_\_\_\_\_