



# Información médico-deportiva de los alumnos: Deporte y Salud



Toda actividad física puede entrañar un riesgo de lesión si no estamos realmente preparados para llevarla a cabo. Dependiendo de la intensidad del deporte, la práctica podría resultar potencialmente peligrosa si no tomamos unas simples medidas de precaución.

Por este motivo, desde el Patronato Deportivo Municipal de Quijorna queremos recoger mediante un cuestionario médico la información necesaria para evitar cualquier riesgo para su salud y conocer el estado físico de nuestros alumnos. Estos datos se darán a conocer a los monitores de cada actividad.

Este es un formulario general de posibles afecciones tanto para adultos como para niños. Cualquier anomalía que no se recoja en estos apartados, les aconsejamos nos la indiquen en las observaciones finales.

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?	SÍ	NO
<b>Diabetes insulino-dependiente</b> (mayor de 30 años o la padece desde al menos 15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes NO insulino-dependiente</b> (es mayor de 35 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermedad cardiovascular</b> (infartos, enfermedad coronaria, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asma</b> (o toma medicación para el asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otras enfermedades</b> (hepáticas, renales, metabólicas, mentales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde Sí a alguna de las casillas, o cree que puede estar embarazada, necesitaría un reconocimiento médico previo al ejercicio		

¿Ha sentido alguno de los siguientes síntomas?	SÍ	NO
<b>Dolor en el pecho o el corazón</b> (especialmente durante el ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acortamiento de la respiración durante actividades cotidianas</b> o incluso durmiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acortamiento de la respiración después de la realización del ejercicio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mareos o desmayos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Edema y dolor de piernas</b> (hinchazón o acumulación de líquido en las piernas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arritmias</b> (cuando siente que su corazón late muy rápido o saltándose latidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fatiga no justificada</b> en actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde Sí a alguna de las casillas, o le han detectado soplos cardíacos, necesitaría un reconocimiento médico previo al ejercicio		

Detección de factores de riesgo cardiovascular	SÍ	NO
¿Es usted hombre mayor de 45 años o mujer mayor de 55?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Consumidor de tabaco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hipertensión</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hipercolesterolemia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hábitos sedentarios</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Baja concentración de HDL</b> (colesterol bueno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde Sí a 2 ó más casillas y tiene intención de realizar actividades físicas o deportivas de alta intensidad, necesitaría un reconocimiento médico previo.		

Observaciones finales