



**DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO**

**Datos personales**

Nombre y Apellido:  
Fecha de Nacimiento: / /  
Domicilio:

D.N.I.:  
Edad:

**En caso de urgencia avisar a**

Contacto 1: Nombre y Apellido:  
Domicilio:  
Teléfonos fijo y móvil:  
Contacto 2: Nombre y Apellido:  
Domicilio:  
Teléfonos fijo y móvil:

Relación/parentesco

Correo electrónico:

Relación/parentesco

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:

<i>Patologías / Antecedentes</i>	<i>¿Si?</i>	<i>¿No?</i>	<i>¿Tiene Alguna restricción?</i>
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: //

TRAERESTUDIOS MÉDICOS DEL ÚLTIMO AÑO, Y ASISTIR CON ROPA CÓMODA O DEPORTIVA