

|   |
|---|
| Nombre _____  |
| Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ DNI _____ |
| Domicilio _____ Telefono de contacto _____                |
| E-mail _____  |
| Deporte _____ Club _____                                  |

Marque según corresponda ,o por "Sí" o por "No" las preguntas a continuación.

- 1.- Cuantas horas a la semana realiza deporte?  hs.
- 2.- Cuantos años hace que realiza deporte?  años
- 3.- Tiene alguna enfermedad crónica? Cuál? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 4.- Estuvo alguna vez ingresado en un hospital? Porqué? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 5.- Lo han operado alguna vez? De qué? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 6.- Toma alguna medicación actualmente? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 7.- Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 8.- Tiene asma? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 9.- Fuma? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 10.- Se ha desmayado alguna vez realizando deporte? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 11.- Ha tenido dolor de pecho realizando deporte? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 12.- Tiene tensión alta o colesterol alto? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 13.- Le han dicho que tiene un soplo alguna vez? . \_\_\_\_\_ Sí  No
- 14.- Ha muerto algún familiar antes de los 50 años por enfermedad cardíaca? \_\_\_\_\_ Sí  No
- 15.- Usa lentillas o gafas? Porqué? \_\_\_\_\_ Sí  No

1.- Nombre y Apellidos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma 1

2.- Nombre y Apellidos (representante legal)

\_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_

Firma 2

Consiente recibir comunicaciones relacionadas con los servicios que ofrece Medisport Maresme que puedan ser de su interés.

Autorizo a Medisport Maresme a realizar la revisión médica deportiva