HISTORIAL ACUATICA DE SALUD ADULTOS

Nombre y Apellido: ……Fecha de ingreso…../……/25

Fecha de Naciemiento:……Edad: ……

Actividad: NATACIÓN GIMNASIA ACUÁTICA Día y horario……

¿Hace actividad acuática por prescripción Médica? SI – NO ¿Por qué?.....

¿Hizo natación o actividad acuática antes? SI- NO ¿Donde?.....

Nombre y apellido contacto de emergencia:……cel:……

PATOLOGIAS ESTABLECIDAS	SI/ NO	ESPECIFICACIONES
ARTRITIS	SI - NO	ARTICULACION:
ARTROSIS	SI - NO	ARTICULACION:
OSTEOPOROSIS	SI - NO	OSTEOPONIA/ ESTABLECIDA/ RIESGO DE FRACTURA.
COLUMNA VERTEBRAL	SI - NO	ESCOLIOSIS/LORDOSIS/CIFOSIS/HERNIAS/ PINZAMIENTOS. NIVEL:
REUMATICAS	SI - NO	TIPO:
FIBROMIALGIA	SI - NO	ZONA AFECTADA
ALGIAS	SI - NO	ZONA AFECTADA
CIRUGIAS DE IMPORTANCIA	SI - NO	
DIABETES	SI - NO	¿CONTROLADA? INSULINO DEPENDIENTE?
BRONQUIALES	SI - NO	
ASMA	SI - NO	¿USA BRONCODILATORES?
OBESIDAD	SI - NO	¿SE NECUENTRA EN TRATAMIENTO?
CARDIACAS	SI - NO	
HIPERTESION ARTERIAL	SI - NO	
ALERGIAS	SI - NO	
EMBARAZO	SI - NO	Fecha probable de parto:
OTRA CONCIDERACION A TENER EN CUENTA		

Dejo constancia que mi estado de salud ha sido supervisado por un médico, estando apto para realizar la actividad, deslindando de toda responsabilidad a la institución por cualquier eventualidad que pudiera producirse.

A su vez me notifico informado de las normas internas y reglamentarias referidas al uso de las instalaciones y servicios prestados por el natatorio.

Observaciones: ……

Firma…… Aclaración: ……DNI…….

CUESTIONARIO PAR-Q

SI	NO	Por favor, lea cuidadosamente las cuestiones siguientes, honestamente asignando un SI o NO:
		1.- Alguna vez su médico dijo que usted sufre de una condición cardiaca y que solamente debería realizar ejercicios físicos recomendados por él medico?
		2.- Usted siente dolor en el tórax cuando realiza actividad física?
		3-En el mes pasado, sintió dolor torácico mientras no realizaba actividad física?
		4.-Usted pierde el equilibrio debido a mareos o pérdida de conocimiento?
		5.- Usted tiene problemas en los huesos o en las articulaciones (por ejemplo, en la región lumbar de la columna vertebral, en las rodilla o caderas) que podrían ser agravados por un cambio en el nivel de actividad física?
		6.-Su médico prescribió recientemente remedios (Ej.: diurético) para su presión arterial o condición cardiaca?
		7.- Usted conoce cualquier otra razón para no realizar actividad física?
SI USTED		Respondió SI a una o más cuestiones: consulte su médico ANTES de iniciar su programa de ejercicio físico o ANTES de realizar test físicos, informando sobre el QPAF y cuales cuestiones usted asigno SI.
		Esta: con la salud avalada por causa de una enfermedad temporaria, como un resfriado o fiebre, espere a sentirse mejor para aumentar su nivel de actividad física. Embarazada o con sospecha de embarazo, visite a su médico antes de volverse más activa físicamente.

OBS1: Si su salud sufre alteraciones de modo que responda SI a cualquiera de las cuestiones anteriores, avise a su profesor, preguntando si usted debería modificar su planificación de actividad física debido a tales modificaciones de salud.

OBS2: este cuestionario es válido por, máximo de 12 meses, contados a partir de la fecha en que se completado y se vuelve invalido si su condición de salud fuera modificada al pun to de responder SI a cualquiera de las siete preguntas anteriores.

"Yo leí, entendí y respondí este cuestionario. Cualquier duda que tuve fue completamente solucionada."

Fecha ……/……../……. Firma……Aclaración: ……