**Encuesta Médico-Deportiva**

Esta encuesta deberá ser cumplimentada por el deportista, con la mayor veracidad posible, antes de someterse a la prueba de esfuerzo máxima.

1. **Datos de Filiación.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Apellidos* | *Nombre* |
| *Fecha de Nacimiento* | *DNI* |
| *Dirección* | |
| *Ciudad* | *Código Postal* |
| *Provincia* | *Teléfono* |
| *E-mail* | |

1. **Datos Deportivos.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Deporte que practica:* | |
| ***Entrenamientos*** | |
| *Días a la semana:* | *Horas al día:* |
| ***Frecuencia cardiaca media*** | |
| *Promedio:* | *Máxima:* |

1. **Historia Familiar. (Referente a abuelos, padre, madre, hermanos)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedades** | **Si** | **No** | **Indicar parentesco**  **en caso afirmativo** |
| *Enfermedad cardiaca o muerte repentina en edad joven* |  |  |  |
| *Enfermedad cardiaca o muerte repentina en edad avanzada* |  |  |  |
| *Hipertensión arterial* |  |  |  |
| *Otras enfermedades:* |  |  |  |

1. **Antecedentes personales.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ha sido diagnosticado de:** | **Si** | **No** |
| *Enfermedad cardiaca* |  |  |
| *Hipertensión arterial* |  |  |
| *Malestar torácico o dolor e el pecho* |  |  |
| *Diabetes mellitus* |  |  |
| *Asma* |  |  |
| *Epilepsia* |  |  |
| *Alergia a:* |  |  |
| *Medicamentos diarios, indicar:* |  |  |
| *Fumador ( ) Bebedor ( ) Otras sustancias tóxicas ( )* |  |  |

1. **Antecedentes deportivos.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responda y complete** | **Si** | **No** |
| *¿Tras el ejercicio físico se recupera fácilmente?* |  |  |
| *¿Malestar torácico o dolor de pecho relacionado con el ejercicio?* |  |  |
| *¿Ha padecido lipotimias, desmayos o mareos antes, durante o después del ejercicio físico?* |  |  |
| *¿Últimamente nota que se cansa más con el mismo ejercicio?* |  |  |
| *¿Fracturas, luxaciones, esguinces o lesiones musculares recientes?* |  |  |
| *¿Consume algún tipo de sustancia considerada doping en el deporte?* |  |  |
| *Si es mujer. ¿Está o puede estar embarazada?* |  |  |

Fecha / /

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

***Firma del Deportista***