

ANEXO II

PLAN FÍSICO POLICIAL

FECHA: _____

Profesor: _____

ANAMNESIS DE FACTORES DE RIESGO				
Apellido y Nombre:			Fecha de nacimiento:	
D.N.I.:		Telefono:		
Dirección de E-mail:				
Peso:		Altura:		I.M.C.:
1. ¿Padece alguna enfermedad permanente? En caso de ser afirmativo ¿Cuál?.....			SI	NO
2. Le han dicho que tiene problemas del corazón?			SI	NO
3. ¿Tiene o ha tenido dolor en el corazón o en el pecho?			SI	NO
4. ¿Le ha dicho un médico que su presión sanguínea es alta?			SI	NO
5. En caso de ser su respuesta afirmativa ¿está tomando medicamentos para la presión arterial o por problemas de corazón? ¿Cuál?.....			SI	NO
6. ¿Sufre a menudo dolores de cabeza fuertes?			SI	NO
7. ¿Pierde el equilibrio por mareo o alguna vez ha perdido el conocimiento?			SI	NO
8. ¿Usted fuma?			SI	NO
Ex fumador? + de 6 meses - de 6 meses				
9. ¿Tiene a veces dificultad para respirar?			SI	NO
10. ¿Se fatiga al realizar cualquier pequeño esfuerzo?			SI	NO
11. ¿Tiene Asma?			SI	NO
12. ¿Ha tenido alguna vez enfermedades respiratorias? ¿Se acuerda cuál?.....			SI	NO
13. ¿Fue operado alguna vez? En caso afirmativo ¿De qué?			SI	NO
14. ¿Tiene alguna hernia?			SI	NO
15. ¿Tuvo alguna vez un accidente serio o grave?			SI	NO
16. ¿Le duelen los huesos y articulaciones, o sufre de artritis, que pueden verse agravados por el ejercicio?			SI	NO
17. ¿Le resulta imposible descansar bien todos los días?			SI	NO
18. ¿Está Ud. frecuentemente en estado de ansiedad o nervios?			SI	NO
19. Sedentario - No hace actividad esporádica - +semanas de 0 / 1 estímulo y – de 2/ 3 estímulos -semanas de 0 / 1 estímulo y + de 2/ 3 estímulos 3 o más estímulos semanales			X X X X X	X X X X X
20. ¿Considera que existe una razón médica, no mencionada aquí, por la cual no pueda iniciar un programa de ejercicio?			SI	NO
DECLARO bajo juramento que las respuestas consignadas precedentemente son exactas, y que tienen por objeto orientar la labor de los profesores de Ed.Física, como así también determinar los niveles de riesgo y la necesidad o no de realizar otros estudios médicos complementarios.				
Firma:		Nombre y Apellido:		D.N.I.

Observaciones: