UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EDUFI Escuela de Educación Física y Deportes

**Cuestionario personal "Constancia de Salud"**
**Información de salud de la persona aspirante**

*Instrucciones: marque con una equis (x) en el paréntesis que corresponda con su respuesta (Sí o No). Si su respuesta es afirmativa, debe detallar la condición*

1. ¿Su médico le ha dicho que usted tiene algún problema cardíaco, presión arterial elevada o que sólo debe hacer el ejercicio recomendado por una persona profesional en medicina?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

2. Cuando hace actividad física o deportes, ¿ha experimentado dolor de pecho, falta de aire y/o sensación de mareo, desmayo o pérdida de la consciencia?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

3. ¿Ha tenido dolor de pecho, fatiga, y/o palpitaciones cuando NO hace actividad física o deportes o estando en condición de reposo?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

4. En los últimos 12 meses, ¿ha perdido el equilibrio debido a un mareo o se ha desmayado con pérdida de la consciencia?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

5. En algún momento, ¿le han diagnosticado alguna condición médica o condición de discapacidad?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

6. Actualmente o en los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas en huesos o en articulaciones (espalda, rodilla, cadera) que podrían empeorar si usted cambiara su actividad física?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

7. ¿Usted toma algún medicamento regularmente para controlar la presión sanguínea o para otra condición de salud?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

8. ¿Le han dado alguna vez una razón médica por la cual no debería realizar actividad física?

No: ☐
*Sí:* ☐ *Detallar:*

9. ¿En su familia ha fallecido alguna persona debido a una condición cardíaca?

No: ☐
*Sí:* ☐ *En caso afirmativo anotar edad, parentesco y causa específica. Detallar:*

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EDUFI Escuela de Educación Física y Deportes

Yo, _____ , número de cédula: _____

con pleno conocimiento de que el ocultamiento, la omisión o la falsedad dejan sin efecto esta declaración, doy fe de que la información detallada en este formulario es verdadera.

_____

Firma de la persona aspirante

| Día: | Mes: | Año |
|---|---|---|
| | | |