



EVALUACIÓN DE SALUD ANTES DE IR A LA MONTAÑA



| | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|
| • NOMBRE Y APELLIDO: | | | • DNI: | | |
| • EDAD: | | • SEXO: | | | |
| • ACTIVIDAD QUE REALIZARÁ: | | <input type="checkbox"/> LANÍN | <input type="checkbox"/> TRAVESÍA POR SENDAS 1 DÍA | <input type="checkbox"/> TRAVESÍA POR SENDAS 2 O MÁS DÍAS | |
| <input type="checkbox"/> DOMUYO | <input type="checkbox"/> ESCALADA EN ROCA | | <input type="checkbox"/> OTRA (ESPECIFICAR) | | |



AUTOEVALUACIÓN PARA ACTIVIDADES DE MONTAÑA

MARQUE EN CUADRADO SOLO LO QUE SEA CIERTO.

ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|--------------------------|---|
| USTED TUVO O TIENE: | |
| <input type="checkbox"/> | UN INFARTO CARDÍACO |
| <input type="checkbox"/> | CIRUGÍA O CATETERIZACIÓN CARDÍACA O STENT CORONARIO |
| <input type="checkbox"/> | MARCAPASOS CARDÍACO |
| <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD DE VÁLVULA DE CORAZÓN |
| <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD CARDÍACA DE CUALQUIER TIPO |
| <input type="checkbox"/> | TRASPLANTE CARDÍACO |
| <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD CONGÉNITA CARDÍACA |
| <input type="checkbox"/> | DOLOR O PRESIÓN EN EL PECHO O TOS AL HACER EJERCICIO |
| <input type="checkbox"/> | FALTA DE AIRE ANTE ESFUERZO COMO SUBIR ESCALERA |
| <input type="checkbox"/> | MAREOS O DESMAYOS AL REALIZAR EJERCICIO MODERADO O INTENSO |
| <input type="checkbox"/> | TOMA MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN O PRESIÓN ALTA |
| <input type="checkbox"/> | CUALQUIER PROBLEMA DE MÚSCULO, TENDÓN, ARTICULACIÓN O HUESO; INCLUÍDAS OPERACIONES, ARTROSCOPIAS, ETC. QUE LE IMPIDIERON ENTRENAR O CORRER MÁS DE 3 MESES, EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES |
| <input type="checkbox"/> | ESTÁ EMBARAZADA |
| <input type="checkbox"/> | TIENE DUDAS ACERCA DE SI ES SALUDABLE PARA USTED REALIZAR ESTA ACTIVIDAD |

Si usted marcó, aunque sea UNO de los cuadrados de esta sección DEBE consultar a un médico ANTES de participar y ENVIAR el correspondiente certificado que especifique que es APTO/A Medicamente para la actividad en que se inscribió.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | USTED ES UN VARÓN MAYOR DE 40 AÑOS |
| <input type="checkbox"/> | USTED ES UNA MUJER MAYOR DE 55 AÑOS |
| <input type="checkbox"/> | SU PRESIÓN ARTERIAL ES MAYOR DE 140/90 |
| <input type="checkbox"/> | NO SABE CUÁNTO TIENE DE PRESIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> | TOMA MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> | SU CIFRA DE COLESTEROL TOTAL ES MAYOR DE 240 MG/DL |
| <input type="checkbox"/> | NO SABE CUÁNTO TIENE DE COLESTEROL |
| <input type="checkbox"/> | USTED TIENE ALGÚN PARIENTE CERCANO QUE TUVO UN INFARTO: Antes de los 50 años (si era padre o hermano) o antes de los 55 años (si era madre o hermana) |
| <input type="checkbox"/> | USTED ES DIABÉTICO O TOMA REMEDIOS PARA BAJAR EL AZÚCAR |
| <input type="checkbox"/> | USTED ES SEDENTARIO (significa hacer ejercicio menos de 150 minutos a la semana) |
| <input type="checkbox"/> | USTED ESTÁ EXCEDIDO EN MÁS DE 10 KILOS DE PESO O ES OBESO/A |

Si Ud. Marcó DOS o más de los casilleros de esta sección DEBE consultar a un médico ANTES de participar y ENVIAR el correspondiente certificado que especifique que es APTO/A Medicamente para la actividad en que se inscribió

OTROS FACTORES DE RIESGO

| | |
|--------------------------|---|
| USTED TUVO O TIENE: | |
| <input type="checkbox"/> | ASMA |
| <input type="checkbox"/> | CONVULSIONES (ATAQUES) (EPILEPSIA) |
| <input type="checkbox"/> | TRAUMATISMO DE CRÁNEO QUE NECESITÓ TOMOGRAFÍA Y/O INTERNACIÓN EN ÚLTIMOS 30 DÍAS PREVIOS A ESTA ACTIVIDAD QUE DESEA REALIZAR. |
| <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS DE COAGULACIÓN EN LA SANGRE |
| <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS VINCULADOS A SUBIR ARRIBA DE 3000 MTS. SOBRE NIVEL MAR |
| <input type="checkbox"/> | CONGELAMIENTO DE ALGUNA EXTREMIDAD EN EL PASADO |
| <input type="checkbox"/> | ALERGIA SEVERA A PICADURAS DE AVISPA/CHAQUETA AMARILLA/HORMIGA |

Si Ud. Marcó, aunque sea UNO de los cuadrados de esta sección DEBE consultar a un médico ANTES de participar y ENVIAR el correspondiente certificado que especifique que es APTO/A Medicamente para la actividad en que se inscribió.

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | No Tengo o He Tenido NINGUNO de los Antecedentes o Factores de Riesgo Cardiovasculares mencionados arriba. |
|--------------------------|--|

Si Ud. marcó este casillero debería poder realizar la actividad que eligió acorde a su edad y estado físico sin necesidad de consulta médica previa o presentar un certificado médico

Certifico que Todos los datos que he completado arriba Son Verdaderos en mi real entendimiento.

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN

