



## 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:

- UN INFARTO CARDÍACO
- CIRUGÍA O CATETERIZACIÓN CARDÍACA O STENT CORONARIO
- MARCAPASOS CARDÍACO
- ENFERMEDAD DE VÁLVULA DE CORAZÓN
- ENFERMEDAD CARDÍACA DE CUALQUIER TIPO
- TRASPLANTE CARDÍACO
- ENFERMEDAD CONGÉNITA CARDÍACA
- DOLOR O PRESIÓN EN EL PECHO O TOS AL HACER EJERCICIO
- FALTA DE AIRE ANTE ESFUERZO COMO SUBIR ESCALERA
- MAREOS O DESMAYOS AL REALIZAR EJERCICIO MODERADO O INTENSO
- TOMA MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN O PRESIÓN ALTA
- CUALQUIER PROBLEMA DE MÚSCULO, TENDÓN, ARTICULACIÓN O HUESO; INCLUÍDAD OPERACIONES, ARTROSCOPIAS, ETC. QUE LE IMPIDIERN ENTRENAR O CORRER MÁS DE 3 MESES, EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
- ESTÁ EMBARAZADA
- 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 Médicamente para la actividad en que se inscribió.

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

- USTED ES UN VARÓN MAYOR DE 40 AÑOS
- USTED ES UNA MUJER MAYOR DE 55 AÑOS
- SU PRESIÓN ARTERIAL ES MAYOR DE 140/90
- NO SABE CUÁNTO TIENE DE PRESIÓN ARTERIAL
- TOMA MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN
- SU CIFRA DE COLESTEROL TOTAL ES MAYOR DE 240 MG/DL
- NO SABE CUÁNTO TIENE DE COLESTEROL
- 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)
- USTED ES DIABÉTICO O TOMA REMEDIOS PARA BAJAR EL AZÚCAR
- USTED ES SEDENTARIO (significa hacer ejercicio menos de 150 minutos a la semana)
- 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:

- ASMA
- CONVULSIONES (ATAQUES) (EPILEPSIA)
- TRAUMATISMO DE CRÁNEO QUE NECESITÓ TOMOGRAFÍA Y/O INTERNACIÓN EN ÚLTIMOS 30 DÍAS PREVIOS A ESTA ACTIVIDAD QUE DESEA REALIZAR.
- PROBLEMAS DE COAGULACIÓN EN LA SANGRE
- PROBLEMAS VINCULADOS A SUBIR ARRIBA DE 3000 MTS. SOBRE NIVEL MAR
- CONGELAMIENTO DE ALGUNA EXTREMIDAD EN EL PASADO
- 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 Médicamente para la actividad en que se inscribió.

- 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

