



## PARA QUE COMPLETE EL MEDICO

<b>PESO</b>	
<b>TALLA</b>	
<b>IMC</b>	

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
MUERTE SÚBITA MENOR A 50 AÑOS			
HIPERTENSIÓN			
ACV			
DIABETES			
DISLIPEMIAS			
OBESIDAD			
CÁNCER			
OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS			

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

	SI	NO	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
INFARTO – ARRITMIAS			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
DIABETES			
DISLIPEMIAS (COLESTEROL, TRIGLICERIDOS)			
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (ASMA/EPOC)			
PATOLOGÍAS OSTEARTICULARES (ARTRITIS/ARTROSIS/ESCOLIOSIS/LIGAMENTOSAS)			
CANCER			
ENFERMEDADES INFECCIOSAS			
ANEMIA			
ENFERMEDADES DIGESTIVAS			
ENFERMEDAD RENAL			
ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO (MAREOS, DESMAYOS, PARÁLISIS)			
ALERGIAS			

### **CERTIFICACION DE SALUD**

Se deja constancia que conforme al **EXAMEN CLINICO PREVENTIVO** realizado a ..... el/la mismo/a se encuentra..... por lo tanto (SI - NO ) puede realizar actividades físicas o deportes acorde a su edad, sexo, maduración y grado de entrenabilidad.

Validez: (12) meses.

APTO ACTIVIDAD NATATORIO SI – NO

.....  
**Lugar y Fecha**

.....  
**Firma y Sello Médico**