



DIRECCION DE DEPORTE



PLANILLA N° 1.

CUESTIONARIO DE RIESGO.

La actividad deportiva es relativamente segura para personas aparentemente sanas y puede ser limitada bajo ciertas condiciones. En la mayoría de ellas sólo requieren precauciones específicas. **Si usted responde positivamente alguna de estas preguntas, deberá consultar o asesorarse inmediatamente con el médico.**

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **C.I.:** _____

TELF: _____ **SEXO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____

TEXTURA: Grueso ___ Musculoso ___ Delgado ___ **DIRECCION** _____ **O**

PROCEDENCIA: _____

NOMBRE Y TELÉFONO DE UN FAMILAR: _____

DEPORTE: _____

RESPONDA Y MARQUE SOLO CON UNA "X", LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Padece o ha padecido alguna vez de los siguientes problemas de salud?

Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto, arritmia, soplo). Indique _____ Si ___ No ___

Convulsiones o pérdidas de conocimiento Si ___ No ___ ¿Por qué? _____

Enfermedades crónicas (diabetes, artritis, obesidad, otras) Indique: _____ Si ___ No ___

Infecciones virales (Mononucleosis, Dengue, otras) Indique: _____ Si ___ No ___

Le han realizado Cirugía en los últimos 6 meses, Indique: _____ Si ___ No ___

Durante o después del ejercicio ha presentado:

Desmayos, Mareos, Dolor en el pecho o dificultad respiratoria. Indique: _____ Si ___ No ___

Indique si existen algunas de las siguientes condiciones:

¿Lesión Neurológica? Indique _____ Si ___ No ___

¿Lesión Ósea, Articular, Músculo-Tendinosa, actual como esguince, luxación, fractura o muscular?

Indique: _____ Si ___ No ___

¿Problemas Ortopédicos? Indique: _____ Si ___ No ___

¿Asmático actualmente? Si ___ No ___ Indique Tratamiento _____

¿Fuma Regularmente? Si ___ No ___

¿Tiene Sobrepeso? Si ___ No ___

¿Actualmente utiliza algún medicamento? Indique _____ Si ___ No ___

Alérgico a: _____

¿Algún otro problema de salud, que le impida realizar Ejercicio Físico de Alta Intensidad ò Exigencia?

Indique: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO (AUTORIZACIÓN).

Quién suscribe _____, C.I: _____, doy la debida autorización, para que me sean aplicadas todas las pruebas Morfo-Functionales, contenidas en la realización de las *Pruebas Físicas y Técnicas*, del proceso de “*Ingreso por Mérito Deportivo*”, que realiza la Universidad de Carabobo.

Tengo conocimiento de que estas pruebas, serán realizadas por personal experto en la materia, y que algunas de las más exigentes, pueden causarme malestares, como: Mareos, Calambres, Debilidad General, Náuseas, Vómitos, entre otros síntomas, que debo comunicar inmediatamente al personal Médico, docente y Logístico de dicho Proceso.

Asumo que los resultados obtenidos serán procesados y analizados exclusivamente para determinar el nivel de aptitud y condición física, así como también, con fines académicos.

Certifico que he leído, comprendido y llenado el Cuestionario de Riesgo, así como también declaro no tener ninguna limitación de salud para participar en dichas pruebas, aceptando los términos anteriormente expuestos, por ello libero a todo el Equipo de Trabajo que aplicará las Pruebas y a la Universidad de Carabobo, de toda responsabilidad, en caso de daños personales que pueda sufrir, durante la participación en las mismas, siempre y cuando no sean producto de una aplicación inadecuada o negligente del Proceso.

Firma: _____

C.I:

Huella Dactilar:

