

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**  
**VICERRECTORIA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y BIENESTAR UNIVERSITARIO**  
**ÁREA SALUD INTEGRAL / FORMACIÓN INTEGRAL**  
**EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL Y FÍSICA PARA ACTIVIDAD FÍSICA**

**DILIGENCIAR**

DATOS PERSONALES				FECHA		
Nombre y apellidos				Sexo	Mujer	
					Hombre	
Código o Documento				edad		
Programa o Dependencia				EPS/ servicio salud		
Dirección		Teléfono de contacto		Correo de contacto		
<b><u>DILIGENCIA PROFESIONAL MÉDICO</u></b>						
EXAMEN FÍSICO GENERAL MÉDICO				FECHA		
Actividad a Realizar	PESO		IMC		TA	
Tipo de Sangre	TALLA		P. Abdom		FC	
<b>MÉDICO(A)</b>				Registro Medico		

**CERTIFICACIÓN MÉDICA GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA**

Yo \_\_\_\_\_, con registro medico No. \_\_\_\_\_, certifico que realicé el examen médico general con énfasis en detectar algunos riesgos cardiovasculares, respiratorio y osteoarticular, a (Nombre y Apellidos) \_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad \_\_\_\_\_, requisito para la realización de actividad física dentro o fuera de las instalaciones de la UTP.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, registro médico, y sello

Fecha: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

Actividad física a realizar  
Recomendaciones

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL(A) PARTICIPANTE / DEPORTISTA**

Existen ciertos factores asociados con toda evaluación de la condición física y la práctica de ejercicio físico, entre ellos: respuestas anormales de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca, trastornos en los latidos cardiacos, desmayos y en casos raros, apoplejías o muerte. Se harán todos los esfuerzos por minimizar estos riesgos mediante la evaluación de la información preliminar relacionada con el estado de salud y mediante la observación de los síntomas durante la actividad física.

Debido a que mi estado de salud puede afectar la seguridad durante el ejercicio, pondré al corriente al instructor encargado(a) de todos mis problemas de salud, de igual manera le informaré con prontitud sobre cualquier molestia.

He sido informado(a) que la práctica deportiva tiene algunos riesgos, los asumo. Me comprometo a seguir las indicaciones y protocolos del gimnasio, y de los y las instructores, para el adecuado desarrollo de la actividad física.

En caso de alguna lesión acepto que se me remita a un centro médico de mayor complejidad si fuere necesario, y cualquier tratamiento médico o quirúrgico que deba realizarse.

**Conozco y acepto el reglamento del Gimnasio ( ) piscinas ( ) de la UTP.**

He leído este formulario, la información que registro es verídica.

Se firma en Pereira Risaralda el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 201 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del(a) deportista

\_\_\_\_\_  
Firma de Acudiente (si es menor de edad)

**DILIGENCIAR ESTUDIANTE** Cuestionario revisado “Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q).  
Responda SI O NO (tabla)

PREGUNTAS		SI	NO
1.	¿Alguna vez el médico le ha dicho que usted tiene un problema en el corazón y le recomienda solamente Actividad física supervisada por un médico?		
2.	¿Le duele el pecho cuando empieza a hacer actividad física?		
3.	¿Le ha dolido el pecho en el último mes?		
4.	¿se marea, se desmaya o se siente desorientado cuando realiza algún ejercicio?		
5.	¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?		
6.	¿Alguna vez el médico le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?		
7.	¿Sabe usted, ya sea por su propia experiencia o porque el Médico se lo haya indicado, de cualquier otra razón física Que le impida realizar ejercicio sin la debida supervisión Médica?		
8.	¿Tiene algún familiar muy cercano (padres o hermanos) que haya tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menor de 55 años?		
9.	¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?		
10.	Si realiza Actividad física, especifique cuál?		
11.	¿Cree usted que tiene sobrepeso?		
12.	En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?		
Especifique el tipo de trauma que tuvo _____			
13.	Realizó fisioterapia? Cuánto tiempo? _____		