

Datos Personales

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____
Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
Domicilio: _____

En caso de emergencia contactar a:**Contacto 1**

Nombre y Apellido: _____
Relación/Parentesco: _____
Teléfonos de contacto: _____
Correo electrónico: _____
Domicilio: _____

Contacto 2

Nombre y Apellido: _____
Relación/Parentesco: _____
Teléfonos de contacto: _____
Correo electrónico: _____
Domicilio: _____

Alimentación y Ejercicio

¿Tiene alguna restricción/intolerancia en la ingesta de alimentos? SI - NO

¿Cual?

¿Practica alguna actividad física con regularidad? SI - NO

¿Cuál?

Medicamentos

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? SI - NO

En caso afirmativo, detallar afección y medicamentos prescritos:

Datos de Control Médico

Peso Talla IMC TA Grupo Sanguíneo

¿Padeció o padece alguna de las siguientes patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías/Antecedentes	SÍ	NO	Restricciones
Hipertensión Arterial			
Diabetes			
Afecciones alérgicas			
Afecciones respiratorias			
Afecciones cardiovasculares			
Afecciones osteomioarticulares			
Fobias o miedos			
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Limitaciones para el ejercicio físico			
Otros			