

Datos Personales

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

Domicilio:

En caso de emergencia contactar a:
Contacto 1

Nombre y Apellido:

Contacto 2

Nombre y Apellido:

Relación/Parentesco:

Relación/Parentesco:

Teléfonos de contacto:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Domicilio:

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 prescriptos:

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			