

**FECHA:**

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_ **Socio:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Kg. Altura:** \_\_\_\_\_ **mts.**

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**TRABAJADOR QUE PASA EL CUESTIONARIO:**

CUESTIONARIO PAR-Q		
¿Algún médico te ha dicho que tiene problemas de corazón y que sólo debe hacer actividades físicas bajo prescripción facultativa?	SI	NO
¿Tiene dolor en el pecho cuando hace alguna actividad física?	SI	NO
En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividades físicas?	SI	NO
¿Pierde el equilibrio por mareo, o ha perdido alguna vez el conocimiento?	SI	NO
¿Tiene problema en algún hueso o articulación que pueda ser agravado por un cambio en su actividad física?	SI	NO
¿En alguna ocasión un médico le ha recomendado medicamentos para la presión arterial o para el corazón?	SI	NO
¿Sabe, por su propia experiencia, o por consejo médico, o por cualquier otra razón, que no debería practicar ejercicio físico sin supervisión médica?	SI	NO
<p>En el supuesto de que haya contestado en algún ítem "SI", se compromete a aportar certificado médico de facultativo autorizando la práctica deportiva, siendo obligatoria la firma del cliente asumiendo toda responsabilidad ante cualquier problema de salud derivado de la práctica deportiva en el centro Municipal.</p> <p style="text-align: right;">Firma del Cliente</p>		

**NOTA:** Los usuarios menores de 16 años deberán aportar prescripción médica y programa propio prediseñado que justifique el uso si lo requiriese.

Los usuarios mayores de 60 años, así como las que presenten antecedentes en salud que requieran consideraciones especiales deberán presentar un reconocimiento médico.

SALUD CARDIOVASCULAR																																	
FACTORES POSITIVOS (suman riesgo)	SI	NO																															
Edad: Hombres > 45 años y mujeres > 55 años o con menopausia precoz sin terapia de reposición de estrógenos.																																	
Historial familiar: Infarto de miocardio o muerte prematura (antes de 55 años tratándose de un padre, y en una madre antes de 65 años).																																	
Tabaco: fumador actual o a aquellos que han dejado el tabaco hace menos de 6 meses.																																	
Hipertensión: TAS mayor o = 140 mmHg, TAD mayor o = 90 mmHg. Medicación para la misma.																																	
Glucosa elevada: Mayor o igual de 110 mg/dl (6,1 mmol/l) en 2 mediciones.																																	
Sedentarismo: sin ejercicio físico diario (mínimo 30 min).																																	
Hipercolestolemia: Colesterol total mayor 200 mg/dl (5,2 mmol/l), LDL mayor 130 mg/dl (3,4 mmol/l), HDL menor 35 mg/dl (0,9 mmol/l).																																	
Obesidad: IMC mayor de 30 kg/m <sup>2</sup> (peso/h <sup>2</sup> ) o perímetro cintura mayor a 100 cm.																																	
FACTORES NEGATIVOS (restan riesgo)	SI	NO																															
HDL igual o superior a 60 mg/dL																																	
<b>Nº FACTORES POSITIVOS:</b>	<b>Nº FACTORES NEGATIVOS:</b>	<b>RESULTADO:</b>																															
<b>RIESGO BAJO</b>	Sujetos jóvenes asintomáticos con uno o ningún factor de riesgo.																																
<b>RIESGO MODERADO</b>	Sujetos mayores (Hombres > o = 45 años; Mujeres > 55 años o más), o aquellos que tengan 2 o más factores.																																
<b>RIESGO ALTO</b>	Sujetos con 1 o más síntomas de enfermedad cardiovascular, pulmonar o metabólica.																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Patologías y lesiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Articular</td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muscular</td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ósea</td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Patologías y lesiones			Articular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Muscular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ósea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Operado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Operado		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </tbody> </table>	Descripción											
Patologías y lesiones																																	
Articular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																															
Muscular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																															
Ósea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																															
Otras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																															
Operado																																	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																
Descripción																																	

Firma del usuario <sup>(1)</sup>:

(1) Los datos personales contenidos en el presente formulario bajo el consentimiento del afectado, serán incorporados y tratados en el "Fichero correspondiente a su solicitud", creado por este Ayuntamiento cuya finalidad exclusiva es apoyar la gestión municipal de forma general, y podrán ser cedidos o comunicados a otras Administraciones Públicas o terceros de conformidad con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. El órgano responsable del fichero es el Ayuntamiento de Haro, ante el que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99, de Protección de Datos de Carácter Personal, regulada de acuerdo al Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre que establece el Reglamento Regulator de la citada ley.