



Cuestionario de Historial Medico

Por favor verifique cualquier condicion o enfermedad que usted tiene ahora o ha tenido en el pasado.

ataque del corazón, puente coronario o cirugía cardiaca	Exceso de palpitaciones o latidos rápidos, corazón saltado
Infarto	brevedad de aliento
phlebitis o émbolos	epilepsia o asimientos
tensión arterial alta	Asma
gama limitada de movimiento	Dolores de cabeza recurrentes/migrañas
murmullos del corazon	tos recurrente crónica
manos o pies frios	trastornos emocionales
mareos o vértigos	dificultad para dormir
anemia	coyunturas dolorosas o INFLAMADAS/tiasas
enfisema	problemas de las rodillas
pulmonia	problemas de la espalda
aumento de ansiedad o depresión	problemas del cuello
fatiga o carencia de energia	problemas de los hombros
bronquitis	problemas de los tobillos
problemas de los pies	problemas de la cadera
diabetes	úlceras
enfermedad vascular periférica	hernia
fiebre reumática	artritis
tensión arterial baja	huesos quebrados
malestar del pecho	problemas del estómago o intestinales
INFLAMACION de tobilloS	bursitis

Si usted comprobó cualquiera del antedicho, por favor explique:

--

¿Usted fuma? ¿Cuanto?		¿Tinene usted colesterol alto?	
-----------------------	--	--------------------------------	--

Por favor enumere medicaMentos que le causen alergias :	
---	--

Por favor enumere cualquier MEDICAMENTO que usted esté tomando:	
---	--

Por favor enumere cualquier procedimiento, enfermedad, u hospitalizaciones dentro de los ultimos 2 años.	
--	--

¿Historial de enfermedad del corazon en la familia? Enumere edad, pariente de sangre, y la condicion:

¿Tiene usted una enfermedad o condición que pudiera limitar su capacidad de hacer ejercicio? Si si, por favor explique:

FIRMA: _____

FECHA: _____