****

****

 **DIRECCION MÉDICA**

 **SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE**

 **CUESTIONARIO DE APTITUD PARA EL EJERCICIO FISICO ( C – AEF )**

Por favor lea las preguntas con atención y conteste con franqueza. Escoja **SI** o **NO**

 **SI NO**

( ) ( ) 1. ¿Le ha dicho su médico alguna vez que padece alguna enfermedad cardíaca y que solo debe hace

 aquella actividad que le aconseje un médico?

( ) ( ) 2.¿Tiene dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?

( ) ( ) 3.¿En alguna ocasión ha tenido la sensación de que su corazón late más rápido estando aún en reposo?

( ) ( ) 4.¿Ha presentado dolor en el pecho durante el mes pasado en actividad física o aun estando en reposo?

( ) ( ) 5.¿Pierde usted el equilibrio a causa de mareos o de desmayos, alguna vez?

( ) ( ) 6.¿Ha tenido la sensación de escucha zumbidos o ver luces brillantes, o ambas?

( ) ( ) 7¿Alguna vez ha sentido falta de aire estando en reposo o tras un esfuerzo leve?

( ) ( ) 8¿Tiene problemas en huesos o articulaciones que puedan empeorar si aumenta la actividad física?

( ) ( ) 9.¿Le receta su médico normalmente algún medicamento para la presión arterial o para alguna enfermedad

 Cardíaca?

( ) ( ) 10.¿Conoce alguna razón por la cual no debe practicar alguna actividad física?

He leído, entendido y llenado este Cuestionario. Cualquier pregunta que tuviera ha sido contestada satisfactoriamente.

**Me ha sido comunicado y es de conocimiento que la atención otorgada es respetando el Protocolo de Medidas Sanitarias en Función de la Contingencia Sanitaria por COVID – 19.**

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de uno de los Padres o Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si es menor de edad)

 **1 APTO ( ) 2 ó más NO APTO ( )**

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato cuestionario de aptitud para el ejercicio físico, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.