

## CUESTIONARIO DE APTITUD FÍSICA (CAP) + 65 AÑOS

El Cuestionario de Aptitud Física (CAP) es una herramienta que sirve para la detección de posibles problemas de salud y cardiovasculares en personas aparentemente sanas que quieran realizar actividad física en cualquier gimnasio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las personas entre 15 y 65 años lo realizarán para saber si necesitan consultar con el médico antes de comenzar a realizar ejercicio físico.

En el caso de personas mayores de 65 años que no sean activas físicamente, en cualquier caso, les vamos a solicitar un certificado médico expedido por un médico matriculado para poder entrenar con nosotros.

Por favor te pedimos que respondas las siguientes preguntas.

Cualquier duda que tengas, estamos a tu disposición para ayudarte

¿Alguna vez te diagnosticaron una enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sufrís dolores en el pecho cuando estas realizando actividad física o cuando estás reposando? ¿Notaste dolores en el pecho durante el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez te recetó el médico algún medicamento para la presión arterial u otro problema cardiocirculatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sufriste desmayos o mareos que te hayan hecho perder el equilibrio o el conocimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tuviste un ataque de asma durante los últimos 12 meses? ¿Fuiste diagnosticado con asma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tenés alguna alteración ósea o articular que podría agravarse por la actividad física propuesta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tenés conocimiento, por experiencia propia, o debido al consejo de algún médico, de cualquier otra razón física que te impida o dificulte hacer ejercicio sin supervisión médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



SI RESPONDISTE SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, TE PEDIMOS QUE CONSULTES A TU MEDICO ANTES DE ENTRENAR Y QUE LE SOLICITES QUE -SI EL LO CONSIDERARA PERTINENTE- TE EMITA UN CERTIFICADO MEDICO INDICANDO SI ESTAS O NO APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y BAJO QUE CONDICIONES.



SI CONTESTATE NO A TODAS LAS PREGUNTAS, BIENVENIDO! YA PODES EMPEZAR A ENTRENAR CON NOSOTROS. TE PEDIMOS QUE EMPIECES DE A POCO Y SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE NUESTRO EQUIPO DE PROFESORES. TE PEDIMOS QUE NOS AVISES SI EN CUALQUIER MOMENTO TE SENTIS MAL MIENTRAS ESTAS PRACTICANDO ACTIVIDAD FISICA. SI EXPERIMENTARAS UN CAMBIO EN TU SALUD QUE TE HICIERA MODIFICAR ALGUNA DE TUS RESPUESTAS AL CAP TE PEDIMOS QUE NOS LO INFORMES DE INMEDIATO.

El presente cuestionario es una declaración jurada que es muy importante para poder cuidar mi salud, respondí todas las preguntas con total libertad y honestidad.

Nombre completo:

Fecha:

*Nota: Este cuestionario es válido hasta un plazo de 12 meses, a partir de la fecha que se completa. El mismo se invalida si su estado de salud requiere contestar Sí en alguna de las siete preguntas. La entidad no asume ninguna responsabilidad legal respecto a las personas que realizan actividad física y/o han contestado este cuestionario. En caso de dudas le recomendamos que consulte a su médico.*

.....

FIRMA TITULAR

.....

FIRMA RESPONSABLE MENOR

DNI TITULAR: .....

ACLARACION: .....

DNI: .....