

≥ 16 años

V.1. 01/11/08

Curso/Servicio: _____ Código: _____ Precio: _____
 Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____
 Nº Abonado (si lo es): _____ Teléfono: _____ Fecha: _____
 Correo Electrónico: _____

1. CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (C-AAF)

Cuestionario auto administrado para adultos (15 – 69 años).

El sentido común es la mejor guía para responder a estas pocas preguntas. Por favor, léalas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso (Sí = X).

- Sí
1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tienen una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física solamente con supervisión médica?
2. ¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
3. ¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
4. ¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
5. ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física que se propone realizar?
6. ¿Le ha prescrito su médico medicación para la presión arterial o para algún problema de corazón (por ejemplo diuréticos)?
7. ¿Está al corriente, ya sea por propia experiencia o por indicación de un médico, de cualquier otra razón que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?
8. ¿Tiene usted más de 69 años de edad?
9. ¿Está usted embarazada?

Si ha contestado sí a una o más preguntas consulte con su médico ANTES de incrementar su actividad física.

Si se produce algún cambio en su estado en relación con las preguntas anteriores, le rogamos que informe inmediatamente al profesional responsable de su programa de actividad.

2. MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE DESEA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA

(Marque un sólo motivo en la casilla correspondiente con una X)

Problema de Salud

- Problema de espalda:
- Enfermedad cardiovascular:
- Enfermedad respiratoria:
- Enfermedad aparato locomotor:
- Enfermedad metabólica (obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión, osteoporosis)
- Lesión deportiva:
- Otra situación especial:

Mejora Psíquica

- Deseo realizar una actividad física que me relaje y reduzca mis niveles de estrés

Relación Social

- Deseo relacionarme con otras personas y disfrutar de mi tiempo de ocio de forma saludable.

Mejora Estética

- Perder peso
- Ganar peso
- Reafirmar y tonificar zonas corporales

Rendimiento Deportivo

- Mejora de la condición física general
- Mejora de la condición física específica
- Deporte:
- Oposición:

Propios de las actividades acuáticas

- Aprender a nadar. Tengo pánico al agua.
- Aprender a nadar. Todavía no me fío.
- Mejorar mi estilo de nado y aprender otros nuevos.
- Perfeccionar los estilos de natación.

3. CONTRAINDICACIONES UTILIZACIÓN POWER PLATE® (Lea atentamente las siguientes contraindicaciones. Si usted se encuentra en alguna de las siguientes situaciones no puede contratar un servicio de Power Plate®)**Contraindicaciones Absolutas**

Personas con enfermedad aguda o proceso inflamatorio.

Personas con marcapasos.

Personas con trombosis aguda, infarto cerebral, ictus.

Heridas no cicatrizadas o intervención quirúrgica durante los últimos 6 meses.

Personas epilépticas.

Mujeres embarazadas.

Fases avanzadas de osteoporosis.

Jóvenes cuya maduración ósea no se haya completado

Contraindicaciones Relativas

Migrañas

Hernia aguda (con dolor), discopatía, espondilosis

Enfermedad cardiovascular.

Llevar DIU (4 meses) desde la implantación.

Piedras en la vesícula o riñón.

Prótesis de articulaciones sintéticas (cadera y rodilla) en el último año.

El usuario con nombre y apellidos arriba indicados, ha leído y entendido la presente ficha y todas sus dudas han sido perfectamente aclaradas; y así lo hace constar mediante su firma: _____ en Cascante a __ de ____ de 20__

Nombre y Apellidos: _____ Nº de abonado (si lo es): _____ Importe pagado _____
 Curso: _____ Días y horario del curso: _____

* La reserva de plaza en el curso solicitado se hará efectiva en el momento de la entrega de la presente ficha y el pago del curso en metálico en el momento de dicha entrega en recepción de la instalación deportiva.

** Una vez inscrito en el curso o servicio y realizado el pago no se devolverá la cantidad abonada.

*** Los datos personales recabados mediante el presente impreso serán incorporados a un fichero automatizado que la mercantil "U.T.E. GESPORT - KINES", tiene inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos y serán utilizados exclusivamente para hacer efectiva la prestación de servicios que contrata. A tal efecto, consideramos conveniente informarle de que dicho tratamiento de datos cumple lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante impreso personalizado y firmado que deberá entregar en la recepción de la instalación. La mercantil "U.T.E. GESPORT - KINES" entenderá que usted presta su consentimiento a que le sea remitida información periódica, vía mail, si en un plazo de 30 días a computar desde la firma de la presente instancia usted no manifiesta expresamente su negativa mediante impreso personalizado y firmado que deberá entregar en la recepción de la instalación.