



Cuestionario constancia de salud

Instrucciones: Marque con una (X) la respuesta correspondiente. Si responde "Sí", por favor detalle la condición.

1. ¿Le han indicado que tiene alguna condición médica (cardíaca, presión alta, discapacidad u otra) que limite o requiera supervisión para realizar actividad física?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

2. ¿Ha experimentado dolor en el pecho, dificultad para respirar, mareos o pérdida del conocimiento al realizar actividad física?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

3. ¿Ha presentado estos síntomas (dolor en el pecho, fatiga, palpitaciones, mareos) en reposo o sin hacer esfuerzo físico?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

4. ¿Ha tenido en el último año caídas, pérdida de equilibrio o desmayos con pérdida de conciencia?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

5. ¿Presenta actualmente o ha presentado en el último año problemas en huesos o articulaciones (espalda, rodillas, caderas) que puedan agravarse con la actividad física?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

6. ¿Toma actualmente algún medicamento de forma regular para controlar la presión arterial u otra condición de salud?

☐ No ☐ Sí → Especifique: _____

7. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades cardíacas que hayan provocado la muerte?

☐ No ☐ Sí → Indique edad, parentesco y causa: _____



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SO-SEF Sección de
Educación Física
Sede de Occidente

Yo, _____, portador(a) de
la cédula número _____, declaro, con pleno
conocimiento de que el ocultamiento, la omisión o la falsedad anulan esta
declaración, que la información consignada en este formulario es veraz y
corresponde a mi estado de salud actual.

Firma de la persona aspirante

USO ADMINISTRATIVO	