



Programa Vida Sana

FORMULARIO DE ACTIVIDAD FISICA

Datos Personales

(Datos para ser completados por el médico)

Agente

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Tipo Doc.: (LE - LC - DNI)(0)

Nro. Doc. :

Nro. Teléfono. :

Antecedentes Personales

(Datos para ser completados por el médico tratante)

Accidentes

Cirugías

Enfermedades agudas relevantes

+++++

Recomendación medica

Actividad física de baja intensidad

Ejercicios de movilidad articular, elongación y relajación. Trabajo con el propio peso corporal. Reeducción postural.

Actividad física de moderada intensidad

Ejercicios de fuerza- resistencia y capacidad aeróbica de intensidad moderada, donde se utilizan resistencias externas para mejorar el nivel de aptitud física

Observaciones:

Firma y Sello de Médico tratante:

Fecha:

IPS:

Fecha: