COLEGIO SAN JOSÉ
Hermanas Franciscanas Misioneras
de María Auxiliadora

FORMULARIO CAMINATA 2026

Nombres y Apellidos		**Tipo de Documento**	○ Tarjeta de Identidad ○ Cédula de Ciudadanía ○ Cédula de Extranjería ○ Registro Civil ○ Otro
Edad			
Nombre del Colegio o Empresa		**N° de Documento**	**Género** ○ Masculino ○ Femenino
Número de Celular	**A.R.L. (Aplica para docentes o empresas)**	**E.P.S. (Entidad Promotora de Salud)**	

- ¿Alguna vez el médico le ha manifestado que usted tiene problemas de diabetes, presión arterial, problemas cardiacos o alguna enfermedad crónica y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?

  ○ Si ○ No

  Si la respuesta es SI ¿cuál es la restricción? _____

- ¿ Usted siente dolor en el pecho cuando practica actividad física ?

  ○ Si ○ No

  Si la respuesta es SI ¿con que frecuencia presenta dolor en el pecho? _____

- ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas, o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?

  ○ Si ○ No

  Si la respuesta es SI ¿ que problema presenta en las articulaciones? _____

- ¿Al caminar usted se marea y pierde el equilibrio ?

  ○ Si ○ No

- ¿Se encuentra en algún tratamiento médico actualmente?

  ○ Si ○ No

  Si la respuesta es SI ¿En que tratamiento medico se encuentra? _____

- ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?

  _____

COLEGIO SAN JOSÉ
Hermanas Franciscanas Misioneras
de María Auxiliadora

FORMULARIO CAMINATA 2026

- ¿Puede estar o está embarazada?

Si No

Si es así por favor menciona la cantidad de semanas _____

- ¿Antecedentes Quirúrgicos, patológicos que le impidan realizar caminatas extensas? ¿cuales?

Si No

- ¿Tiene prescrita medicación actualmente?

Si No

Si es así ¿qué medicamentos? _____

- Componente cognitivo y psicológico

¿Presenta algún Trastorno Psicótico que le impida seguir instrucciones o que pueda repercutir en atentar con su integridad física o la otros? Entiéndase Trastornos Psicóticos como: psicosis, esquizofrenia, paranoia, esquizofreniforme, esquizoafectivo etc.

Si No

Si es así ¿cuál? _____

- ¿Presenta algún nivel de discapacidad cognitiva que le impida seguir instrucciones? Entiéndase discapacidad cognitiva como: autismo, síndrome de Down, discapacidad intelectual etc.

Si No

Si es así ¿cuál? _____

- Componente Alérgico

Alergias como picaduras de insecto, alimentos,polvo,polen,medicamentos,acaros,sol,humedad,animales etc.

Si No

Si es así ¿cuál? _____

Declaro que he sido informado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta encuesta, que me han aclarado todas las dudas y sé que mi participación es voluntaria, por lo anterior, doy mi consentimiento para que la información de la misma sea utilizada para los fines requeridos

Si No

_____ Firma Acudientes

_____ Coordinadora Académica