

INFORMACIÓN GENERAL EMBARAZADAS

NOMBRE			
TELÉFONO		EDAD	
@ MAIL		FECHA P.PARTO	
GINECÓLOGO/A		HOSPITAL/CLÍNICA	

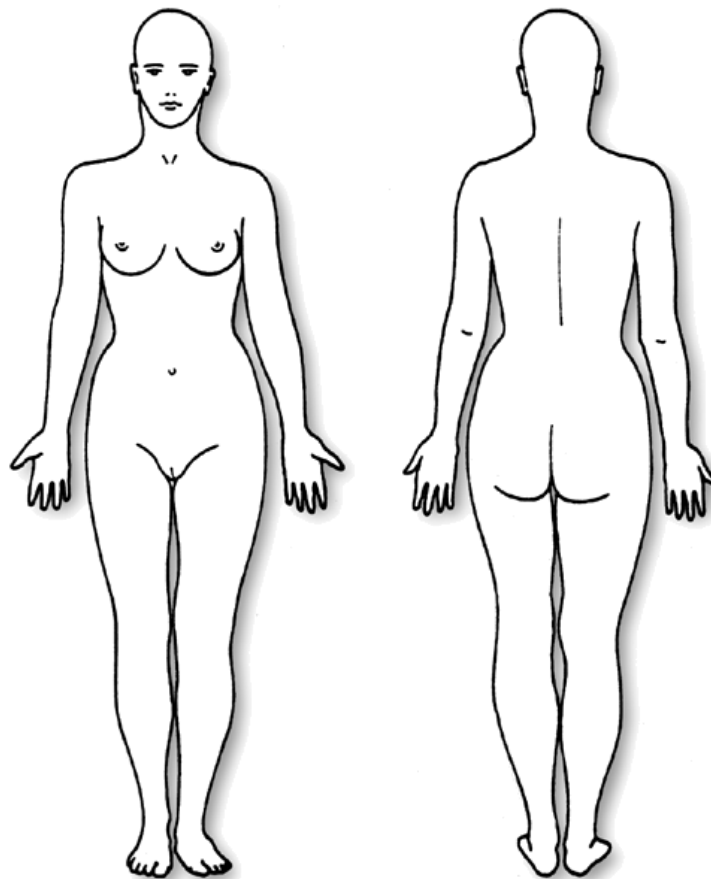
¿Es este su primer embarazo? SI NO

Número de embarazos anteriores:

PARTOS ANTERIORES

FECHA	TIPO/INSTRUMENTAL	PESO	POSTPARTO

¿Alguna lesión y/o intervención quirúrgica a tener en cuenta? Señale zona:



Actividad física anterior al embarazo?

Ninguna Suave Media Alta

CONTRAINDICACIONES PARA EL EJERCICIO: rellenar con el ginecólogo/a

Absolutas

Riesgo de parto prematuro, rotura prematura de membranas

Placenta previa o sangrado durante 2º y 3º trimestre

Hipertensión arterial. Preclampsia

Incompetencia cervical

Crecimiento intrauterino retardado

Embarazo múltiple

Diabetes tipo I incontrolada, enfermedades cardiovascular, respiratoria o sistémica

Relativas

Abortos espontáneos o partos prematuros en otros embarazos

Enfermedad cardiovascular y/o respiratoria que no impidan la práctica deportiva

Anemia o deficiencia de hierro

Malnutrición o desorden alimentario (anorexia, bulimia)

Embarazo gemelos (≥ 28 semanas)

Cualquier otra enfermedad a tener en cuenta

¿ACTIVIDAD FÍSICA RECOMENDADA?

SI

NO

MOTIVOS PARA DEJAR LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO Y CONSULTAR A SU MÉDICO

- Dolor en el pecho
- Contracciones uterinas dolorosas (más de 6 -8 por hora)
- Sangrado vaginal
- Pérdida de líquido por vagina (posible rotura de membranas)
- Fatiga intensa
- Disnea

Si no tiene ninguno de estos síntomas usted puede estar razonablemente segura de que puede iniciar una actividad física adaptada al embarazo. De todos modos, le recomendamos que ante cualquier duda consulte con su ginecólogo.

Retrase el inicio de un programa de ejercicio si no se siente bien a causa de un malestar temporal como un resfriado o fiebre (espere a encontrarse mejor).

He leído, comprendido y rellenado este cuestionario satisfactoriamente

Fecha:

Firma: