

# dona<sup>10</sup> INFORMACIÓN GENERAL EMBARAZADAS

NOMBRE			
TELÉFONO		EDAD	
@ MAIL		FECHA P.PARTO	

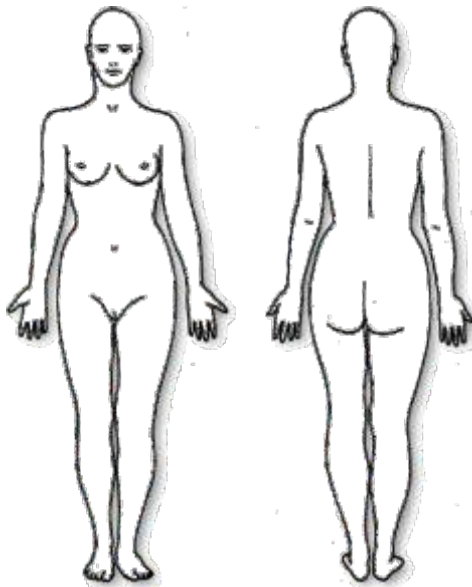
¿Es este su primer embarazo? SI NO

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

Competencia de Cervix

Crecimiento intrauterino retardado

### **Relativas**

Diabetes tipo I incontrolada, enfermedades cardiovascular, respiratoria o sistémica

Embarazo múltiple

Abortos espontáneos o partos prematuros en otros embarazos

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

Anemia grave o deficiencia de hierro.

Malnutrición o desorden alimentario (anorexia, bulimia)

Embarazo gemelos ( $\geq$  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

Firma: .....