



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA
NACIONAL**
Educadora de educadores
**FACULTAD DE EDUCACIÓN FÍSICA
LICENCIATURA EN DEPORTE
PRUEBA ESPECÍFICA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO**

Con el fin de valorar la función cardio vascular, la fuerza, la flexibilidad, la velocidad y las habilidades técnico deportivas yo: _____

Identificado(a) con cédula de ciudadanía N° _____ de _____

Consiento someterme a las siguientes pruebas de evaluación de cualidades físicas: Test de Navette, pruebas de Flexibilidad, test de Velocidad en 40 metros y test de Salto.

Además, acepto participar en la evaluación de habilidades técnico-deportivas en los siguientes deportes: Baloncesto, fútbol, voleibol, gimnasia, artes marciales y tenis, y presentar la prueba de aprendizaje motor.

Riesgos y molestias

Durante cualquiera de las pruebas, pueden producirse ciertos cambios. Entre estos cambios están respuestas anormales de la tensión arterial, desmayos, irregularidades de la frecuencia cardiaca y ataques al corazón. Estos eventos se presentan en casos excepcionales cuando se sufre de enfermedades cardiovasculares no detectadas, en sujetos sanos este riesgo no se presenta.

Existe una remota posibilidad de provocar un tirón en el músculo o distensión en algún ligamento durante la ejecución de las pruebas. Además, puede experimentarse dolor muscular durante las 24 o 48 horas posteriores a la ejecución de las mismas. Estos riesgos pueden minimizarse ejecutando ejercicios de estiramiento después de finalizadas las pruebas.

Beneficios que se esperan obtener con las pruebas

Estas pruebas nos permiten valorar científicamente su capacidad de esfuerzo físico y evaluar el nivel de adquisición de habilidades técnico-deportivas, al mismo tiempo que se mide la disposición del sujeto frente al aprendizaje motor.

Preguntas

Si tiene usted alguna duda o necesita más información, rogamos las manifieste en el momento de entregar este formato.

Libertad de consentimiento

Su permiso para ejecutar estas pruebas es estrictamente voluntario. Usted es libre para denegar el consentimiento si así lo desea.

He leído atentamente este formulario y entiendo plenamente los procedimientos de las pruebas. Consiento en someterme a estas pruebas.

Fecha

Firma

NOTA: Para el caso de los aspirantes menores de edad, este consentimiento debe ser firmado por uno de sus padres o por una persona adulta que actúe en representación de ellos.

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
LABORATORIO DE FISIOLÓGÍA - FACULTAD DE EDUCACIÓN FÍSICA**

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

NOMBRES	
APELLIDOS	
EDAD	
GÉNERO	

ANTECEDENTES MÉDICOS

VIGENTES		QUE DEJARON HUELLA	
ENFERMEDADES		CIRUGÍAS	
DOLORES		OSTEOMUSCULARES	
ALERGIAS		ENFERMEDADES	
TRATAMIENTOS		OTROS	
OTROS			

POR FAVOR RESPONDA CON SI Ó NO AL FRENTE DE CADA PREGUNTA (Cuestionario PAR-Q)

¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco y que solamente puede realizar actividad física recomendada por un médico?	
¿Siente dolor en el pecho cuando realiza actividad física?	
¿Ha perdido el equilibrio debido a vértigo, o alguna vez ha perdido la conciencia?	
¿Esta su médico actualmente prescribiéndole algún medicamento para la hipertensión o algún problema cardíaco?	
¿Tiene algún problema óseo o de articulaciones que pueda empeorar con la actividad física?	
¿Conoce alguna otra razón por la que no deba realizar actividad física?	
En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no estaba haciendo actividad física?	

POR FAVOR RESPONDA CON SI Ó NO AL FRENTE DE CADA PREGUNTA

HA TENIDO USTED:

ATAQUE CARDIACO		ENFERMEDAD VALVULAR CARDÍACA	
CIRUGÍA DEL CORAZÓN		FALLA CARDÍACA	
CATETERISMO CARDIACO		TRANSPLANTE CARDÍACO	
ANGIOPLASTIA CORONARIA		ENFERMEDAD CONGÉNITA DEL CORAZÓN	

TIENE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?

¿SIENTE MALESTAR EN EL PECHO CON EL EJERCICIO?	
¿SIENTE ASFIXIA INEXPLICABLE?	
¿SIENTE VÉRTIGO, DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO?	
¿TOMA MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN?	
¿TIENE PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS?	
¿TIENE PREOCUPACIONES SOBRE LA SEGURIDAD DEL EJERCICIO?	
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN(OS) MEDICAMENTO(S) PRESCRITO(S) POR UN MÉDICO?	
SI ES MUJER: ¿ESTÁ EMBARAZADA?	
¿FUMA?	
¿SU PRESIÓN ARTERIAL ES MAYOR DE 140/90 ? (HIPERTENSO)	
¿TOMA MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL?	
¿SU COLESTEROL ES MAYOR DE 240 mg/dl	
¿NO CONOCE SU NIVEL DE COLESTEROL O DE PRESIÓN ARTERIAL?	
¿TIENE UN FAMILIAR CERCANO QUE HAYA TENIDO ATAQUE CARDIACO ANTES DE LOS 55 AÑOS?	
¿ES DIABÉTICO O ESTÁ TOMANDO MEDICINAS PARA EL CONTROL DEL AZÚCAR?	