



DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DEPORTE Y
REHABILITACIÓN

PRUEBA DE ESFUERZO
INFORME

Nombre: Filiación: Sexo:

Edad en años: Peso kg: Talla cm:

T/A en mm/hg: F.C. lpm: F.R. rpm:

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Esquema de vacunación:

Toxide tetánico: SI NO Fecha de último refuerzo Num. de dosis

Alcoholismo: SI NO Tabaquismo: SI NO Drogas ilícitas: SI NO

Fármacos: SI NO Tipo y dosis:

Bebidas con cafeína: SI NO Tipo y cantidad:

Tipo sanguíneo: Rh:

Alérgicos:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:



ANTECEDENTES DEPORTIVOS:

ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO:

Ritmo:

Eje:

Frecuencia: PR: QT:

QTc: QRS:

Hipertrofia:

Alteraciones:

Comentarios:

PRUEBA DE ESFUERZO:

COMENTARIO:

Nombre y cédula del médico

Firma