ANEXO No. 8 VALORACIÓN GIMNASIO

INFORME 2 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 022 DE 2025

Scanned with CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE BALBOA 2024-2027
CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRA
MEDIDAS CORPORALES
AREA GIMNASIO

MUNICIPIO DE BALBOA
LABOR PAZ

Versión: 2
Vigencia: 02-2025
Codigo: 210.1

INFORME N°01 -- CPSP N° 003 -- PERIODO -- MARZO 05 A OCTUBRE 05 DE 2025

NOMBRE	M.CORPORAL	% GRASO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
ESNEDA TAPIERO MEDINA	PD-50-PI-50-C-68-EP-85-BI-24-BD-24-G-94		61KG	60,33KG							
VALENTINA CASTRO MORALES											
VERONICA TAPIERO											
REINOSO MICAELA	PD-44-PI-42-C-59-EP-70-BI-21-BD-22-G-86		46KG	47,35KG							
LAURA AGUIRRE											
CAMILA ACEVEDO VICTORIA											
ADIELA RAIGOZA LOAIZA											
ERIKA GUAPACHA	PD-52-PI-54-C-78-EP-88-BI-23-BD-23-G-103		65KG	63,75KG							
NATALIA GONZALEZ JARAMILLO	PD-47-PI-48-C-71-EP-85-BI-23-BD-24-G-95		58KG	57,15KG							
SARA VALENTINA AGUDELO	PD-51-PI-51-C-77-EP-90-BI-24-BD-24-G-105		69KG	69,75KG							
MIGUEL ANGEL RIOS DIOSA											
STEFANYA RESTREPO											
ISABELA BEDOYA	PD-47-PI-49-C-72-EP-80-BI-21-BD-21-G-97		59KG	60,60KG							

Scanned with CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE BALBOA 2024-2027
CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRA
MEDIDAS CORPORALES
AREA GIMNASIO

MUNICIPIO DE BALBOA

Codigo: 210.1
Vigencia: 02-2023
Codigo: 210.1

INFORME N°01 – CPSP N° 003 – PERIODO -- MARZO 05 A OCTUBRE 05 DE 2025

NOMBRE	M.CORPORAL	% GRASO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
LEDYS HERRERA SANTA											
LEIDY JHOANA LOPEZ	PI-48-PD-46-C-81-EP-BD-24-BI-29-G-93		64KG	63,15KG							
ANA MARIA VALENCIA	PD-51-PI-58-C-78-EP-78-BI-27-BD-24-G-91		51KG	52,25KG							
ELYANA TORO MONTOYA	PD-51-PI-50-C-73-EP-82-BI-22-BD-23-G-92		57KG	58,95KG							
CRIS DAIANA ESCOBAR	PD-44-PI-44-C-72-EP-88-BI-22-BD-22-G-94		59KG	59,45KG							
VIVIANA CASTAÑO	PD-52-PI-51-C-64-EP-83-BI-26-BD-26-G-98		65KG	65,10KG							
DIANA VELEZ	PD-55-PI-52-C-89-EP-85-BI-30-BD-29-G-94		63KG	63,20KG							
MAURICIO MONTOYA	PD-50-PI-47-C-78-EP-90-BI-24-BD-25-G-92		64KG	66,60KG							
LAURA MELISSA MARQUEZ	PD-52-PI-52-C-90-EP-97-BI-27-BD-27-G-101		72KG	70,90KG							
YEIMY PAOLA VASQUEZ	PD-49-PI-48-C-89-EP-97-BI-25-BD-24-G-102		72KG	72KG							
KELLY JHOANA SOTO											
HAROL MOLINA											
PEDRO VALENCIA	PD-52-PI-50-C-90-EP-102-BI-33-BD-35-G-102		87KG	87,90KG							
MARCELA LONDOÑO	PD-50-PI-48-C-80-EP-89-BI-22-BD-23-G-92		56KG	56,55KG							
ANGIE GUTIERREZ	PD-50-PI-50-C-83-EP-92-BI-22-BD-22-G-100		67KG	65,60KG							

Scanned with CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11-03-2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Gabriela Cárdenas Castaño		
Edad: 15	Fecha Nacimiento: 04-27-2009	Documento Identidad: 1028904216
Dirección: Carrera 4 #4-10		
Barrio: Villa Nueva	Estrato: 2	Teléfono: 3126053430
Rh: A+	Eps: Nueva EPS	Puntaje sisben:
Enfermedades: Leucopenia		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Gabriela Cárdenas
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

Julian Tascón Ramirez
NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	GABRIELA CARDONAS CASTAÑO		**D.I.** 1088
Edad: 15	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:** 1
Fecha valoración inicial:	11-02-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
23.2				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.62		
2	*Peso (kg)*	65.5		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	11.2		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	9.9		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.2		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: **JULIAN TASCON RAMIREZ**

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 15 Meses: 11
Peso (kg): 61
Talla (m): 1,62
Teléfono personal: 3126053490
Correo Electrónico: [illegible]
Cuándo fue su último control médico: Hace 20 días
Ocupación: Estudiante

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	Eucopenia	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?	Proteina (Bi Pro Clear)	
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?: La instrucción el buena y el espacio ahí en buenas condiciones	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		X
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	X
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Gabriela Cárdenas

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo. Amparo Castaño Bueno, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de marzo del año 2025.

Firma: Amparo Castaño

Nombre: Luz Amparo Castaño

Cédula: 40447516

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	MUNICIPIO DE BALBOA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS

DIA 11 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Amparo Cardona Giraldo mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 42447516 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Gabriela Cárdenas

Firma Deportista
C.C

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.088.904.216
CARDENAS CASTAÑO
APELLIDOS

GABRIELA
NOMBRES

Gabriela Cardenas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-2009
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-ABR-2027 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
24-MAY-2016 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



I-2401300-00309184-F-1088904216-20160527 0052278332G 2 24405685

Hospital Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --446--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que GABRIELA CARDENAS CASTAÑO identificada con TI Nro. 1088904216 con 15 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 11/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	CARDENAS CASTAÑO GABRIELA		**Eps**	PARTICULAR MORBILIDAD	
Identificacion	TI 1088904216	**Fecha de Nac** 27/04/2009	**Edad**	15 A **Genero** F	
Direccion	CALLE 4 4 10	**Ciudad** BALBOA	**Barrio**	VILLA NUEVA	**Historia** 1088904216
Etnia	Otras etnias		**Zona**	U	**Fecha Atención** 11/03/2025 16:17
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3116980572 - 0	**Admision** A146589			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: PARA UN CERTIFICADO MEDICO

EA: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD CON AP DE LEUCOPENIA EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA HACE DOS MESES, REFIERE REQUIRE DE CERTIFICADO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN GIMNASIO, REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICA, NIEGA CAIDAS, TRAUMAS, ACCIDENTE, NIEGA DOLOR EN COLUMNA, DOLOR TORACICO U OTROS. NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: LEUCOPENIA
QUIRRGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TXICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 115 / 60 mmhg FC 85 Min FR 16 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 51 Kg Talla 162 Cm IMC: 24.77 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente SI Orientado SI Hidratado SI

NOTA

PIEL	PIEL: EUTERMICA, SIN LESIONES, ANICTERICA
CABEZA Y ORL	CABEZA: NORMOCEFALICA, SIN LESIONES EN EL CUERO CABELLUDO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACION.
CUELLO	CUELLO: MOVIL NO ADENOPATIAS, NO MASAS NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES NI TIRAJES, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CARDIO PULMONAR	CARDIOPULMONAR: CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS NO AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO, RSCS RITMICOS NO SOPLOS NO GALOPES
ABDOMEN	ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO POSITIVO.
GENITOURINARIO	GENITOURINARIO: PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	OSTEOMUSCULAR: SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	EXTREMIDADES: EUTROFICAS, NO EDEMAS PERFUSION MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	NEUROLOGICO: GLASGOW15/15 NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, NO ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD CON AP DE LEUCOPENIA EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA HACE DOS MESES, REFIERE REQUIRE DE CERTIFICADO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN GIMNASIO, REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICA, NIEGA CAIDAS, TRAUMAS, ACCIDENTE, NIEGA DOLOR EN COLUMNA, DOLOR TORACICO U OTROS. NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES. HOY CON EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NORMALES, NO S ENCUENTRAN RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MOMENTO. SE REALIZA CERTIFICADO MEDICO Y SE ENTREGA HC POR SOLICITUD DE LA PACIENTE.

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente CARDENAS CASTAÑO GABRIELA — Eps PARTICULAR MORBILIDAD
Identificacion TI 1088904216 — Fecha de Nac 27/04/2009 — Edad 15 A Genero F
Direccion CALLE 4 4 10 — Ciudad BALBOA — Barrio VILLA NUEVA — Historia 1088904216
Etnia Otras etnias — Zona U — Fecha Atención 11/03/2025 16:17
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3116980572 - 0 — Admision A146589

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de Identidad 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 25-03-2025.		Deporte: GIMNASIO
Nombre: Dahiana Alegdo Aguirre.		
Edad: 26	Fecha Nacimiento: 15/06/1998	Documento Identidad: 1.090 077.419
Dirección: calle 6 # 2-126		
Barrio: villa nueva	Estrato: 2	Teléfono: 3105059316
Rh: B+	Eps: asmet Salud	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1.090.077.419

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	DAHIANA CALCEDO AGUIRRE.			**D.I.**
Edad: 26	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	25-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resulta
28.7				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.69		
2	*Peso (kg)*	82		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	13.7		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	20.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	19.7		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	10.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 25 MES 03 AÑO 2025

Yo Dahiana Cancedo mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1.090.077.419 y domicilio en villa nueva, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 1.090.077.419

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Dahiana Caicedo A., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldia Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el dia 11 del mes de marzo del año 2025.

Firma:

Nombre: Dahiana C.

Cédula: 1090.077.419

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 17-07-2025.
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Dahiana Caicedo A
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 26	Meses:
Peso (kg): 87	
Talla (m): 1.69	
Teléfono personal: 3105059316	
Correo Electrónico:	
Cuándo fue su último control médico: 1 Semana	
Ocupación: AMA CASA	

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	X
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**
Si	X
No	
¿Cuál?	
13	**¿Cómo fue la experiencia?**
A	Buena X
B	Regular
C	Mala
	¿Por qué?:
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**
Si	X
No	
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**
A	De 1 a 3
B	De 4 a 6 X
C	7
17	**¿Practica algún deporte?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
¿Por qué?	
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**
A	10-20
B	20-30 X
C	30 o +
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**
Si	X
No	
¿Cuál?	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**
Si	
No	
¿Por qué?	
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**
A	1 vez a la semana
B	2 veces a la semana X
C	3 o más veces
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**
Si	X
No	
¿Por qué?	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.090.077.419
CAICEDO AGUIRRE
APELLIDOS
DAHIANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1998
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUN-2016 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Rivaldo

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --470--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que DAHIANA CAICEDO AGUIRRE identificada con CC Nro. 1090077419 con 26 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 21/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey Belloo Rivaldo

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	CAICEDO AGUIRRE DAHIANA		**Eps**	PARTICULAR MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1090077419	**Fecha de Nac** 15/06/1998	**Edad** 26 A	**Genero** F	
Direccion	CALLE #	**Ciudad** BALBOA	**Barrio** VILLA NUEVA		**Historia** 1090077419
Etnia	Otras etnias		**Zona** U	**Fecha Atención** 21/03/2025 08:08	
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3144955379 - 0	**Admision** A148389			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: "EL CERTIFICADO DEL GIMNASIO"

EA: PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD, ACUDE EL DIA DE HOY PARA SOLICITAR CERTIFICACION MEDICA DE GIMNASIO, REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICA, NIEGA SINTOMAS OSTEOMUSMUCALRES, YA HA PRACTICADO DEPORTE.

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: TRASNTORNO MIXTO DE DEPRESION Y ANSIEDAD
FARMACOLOGICOS: SERTRALINA, ACIDO VALPROICO, QUETIAPINA
ALERGIA: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA

PB: 31 CM
PT: 100 CM
PA: 93 CM

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 115 / 60 mmhg FC 85 Min FR 19 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 62 Kg Talla 169 Cm IMC: 28.71 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	EUTERMICA, ANICTERICA, NO CIANOSIS
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALO, SIN LESIONES EN EL CUERO CABELLUDO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, ORL SIN ALTERACIONES
CUELLO	CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE.
TORAX	TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE. NO RETRACCIONES NI TIRAJES, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CARDIO PULMONAR	CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE DE BUENA INTENSIDAD, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	NORMOCONFIGURADOS
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.
NEUROLOGICOS	GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, NO ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, AL MOMENTO DE SU VALORACION HEMODICAMENICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS NI DE BAJO GASTO CARDIACO, CON CIFRAS TENSIONALES EN META AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES QUE IMPIDAN REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DESDE EL PUNTO MEDICO, SE DA CERTIFICACION Y SE INDICA ACTIVIDAD SUPERVISADA POR PROFESIONAL EN DEPORTE.

E.S.E Hospital Cristo Rey Belloo Rivaldo

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente CAICEDO AGUIRRE DAHIANA — Eps PARTICULAR MORBILIDAD
Identificacion CC 1090077419 — Fecha de Nac 15/06/1998 — Edad 26 A — Genero F
Direccion CALLE # — Ciudad BALBOA — Barrio VILLA NUEVA — Historia 1090077419
Etnia Otras etnias — Zona U — Fecha Atención 21/03/2025 08:08
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3144955379 - 0 — Admision A148389

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1067560235
Documento de identidad: 1067560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE BALBOA

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: Martes 11 Marzo 2025.		Deporte: Actividad Fisica Gimnasio.
Nombre: Alejandra Marcela Pescador Osorio.		
Edad: 26.	Fecha Nacimiento: 22 Sept 1998.	Documento Identidad: 1.090.077.445.
Dirección: Balboa - Risaralda.		
Barrio: Fabio Valencia	Estrato:	Teléfono: 320.238 0859.
Rh: O-	Eps: Asmet Salud	Puntaje sisben: A4.
Enfermedades: NO.		Toma Algún Medicamento: NO.
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Alejandra Pescador.
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1.090.077.445.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	ALEJANDRA MARCELA PISCIOTTI OSORIO			**D.I.** 1040077...
Edad: 26	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	11-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
36.4				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.59		
2	*Peso (kg)*	92		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	22		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	30.3		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	26.6		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	16.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.3		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9.8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 11 MES 03 AÑO 2025

Yo Alejandra Pescador mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1.090.077.445 y domicilio en Fabio Valencia por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Alejandra Pescador.
Firma Deportista
C.C 1.090.077.445

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Alejandra Pescador, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Alejandra Pescador.
Nombre: Alejandra Marcela.
Cédula: 1.090-077.445

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL

CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Alejandra Marcela Pescador Osorio
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz

Edad: Años: 26 · Meses:
Peso (kg): 92
Talla (m): 1.59
Teléfono personal: 3202380859
Correo Electrónico: Pescadoralejandra811@gmail.com
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Empleada

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	NO
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	NO
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		NO
No		
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	NO
A	Espalda	P
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	NO
Si		
No		
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	NO
Si		
No		
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	NO
Si		
No		
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	3

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	NO
Si		
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	SI
Si		
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	
B	Regular	X
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
¿Por qué?		X
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	X
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	X
Si		
No		
¿Por qué?		X
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	X
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	X

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO Alejandra Pescador



FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1998**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA **O-** G.S. RH **F** SEXO

07-OCT-2016 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2401300-00857721-F-1090077445-20161122 0052251816G 1 24925830

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.090.077.445**

PESCADOR OSORIO

APELLIDOS

ALEJANDRA MARCELA

NOMBRES

Alejandra Pescador

FIRMA



PREVENIMOS PEREIRA

Código del Prestador: 6600101581-01 **Nit:** 900191332
Dirección: CL 10 12 B 11 BRR LOS ROSALES
Teléfono: 6063515149
Web: programavisual.com
Email: agendamientopereira@programavisual.com

Fecha de Impresión: **2024/12/05 07:50:55**
Impreso por: **VIVIANA ANDREA CASAS**
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1090077445	**Paciente:**	PESCADOR OSORIO ALEJANDRA MARCELA		
Fecha Ingreso:	2024/12/05	**Hora Ing:**	07:13	**Ingreso:**	2910995
Fecha Atencion:	2024/12/05 07:39				
Fecha Cierre HC:	2024/12/05 07:47:45				
Fecha Naci:	1998-09-22	**Edad:**	26 años	**Sexo:**	F
Nro.Historia	CC1090077445	**Tipo Usuario:**			
Telefono:	3202380859	**Estrato:**	EXENTO PAGO	**Municipio:**	BALBOA
Dirección:	FABIO VALENCIA	**Estado Civil:**			
Empresa:	ASMET SALUD EPS SAS SUBSIDIADO				
Contrato:	ASMET SALUD EPS SAS SUBSIDIADO CAPITADO				
Ocupación:	EMPLEADA				
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**			

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

HISTORIA CLINICA VISUAL

TIPO DE ATENCION
PRIMERA VEZ

ZONA DE RESIDENCIA
RURAL

OCUPACION

ALERGIAS (Cuales)	**NO**

***MOTIVO DE CONSULTA**
"CASI NO VEO POR UN OJO"

***ENFERMEDAD ACTUAL**
PACIENTE ASISTE A CONSULTA REPORTANDO MALA AGUDEZA VISUAL DE OJO DERECHO, OJO ROJO Y ARDOR DE OJO IZQUIERDO. NIEGA MAS SIGNOS O SINTOMAS.

ANTECEDENTES GENERALES
PATOLOGIAS--> NIEGA
QUIRURGICOS OCULARES --> NIEGA

OTROS ANTECEDENTES

HIPERTENSION
NO

GESTANTE
NO

DIABETES
NO

RX EN USO

AV SIN CORRECCION

OJO DERECHO
CD A 3 MTS

OJO IZQUIERDO
20/70

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --441--

scribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con eta Profesional Nro. 1087560235 certifica que ALEJANDRA MARCELA PESCADOR OSORIO identificada con CC Nro. 0077445 con 26 años de edad.

ESENTA SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN ALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE MENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA RA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

eticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 07/03/2025 en la ciudad de BALBOA

HIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

ZITARAVIRÁ

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11 Marzo /2025.		Deporte: Actividad fisica Gimnasio
Nombre: Yenifer Caro Ocampo.		
Edad: 24.	Fecha Nacimiento: 18 | 10 | 2000.	Documento Identidad: 1.004.681.875.
Dirección: Balboa - Risaralda.		
Barrio: La Cruz.	Estrato: 2.	Teléfono: 3148968683.
Rh: O+	Eps: Asmet Salud.	Puntaje sisben: B2.
Enfermedades: La Presión		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi partidpación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su Imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Yennifer Caro ocampo
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1.004. 681. 875

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	YANIFER CARO OLAMPO		**D.I.** 1004681837
Edad: 24	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
26.6				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.69		
2	*Peso (kg)*	76		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	24		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	18.2		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	17.7		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.1		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	47		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.0		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Yenifer Caro Ocampo, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Yennifer Caro ocampo

Nombre: Yennifer Caro ocampo

Cédula: 1.004.687.575

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 11 MES 03 AÑO 2025

Yo Yenifer Caro Ocampo mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1.004.681.875 y domicilio en La Cruz, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Yenifer Caro Ocampo
Firma Deportista
C.C 1.004.681.875

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Yenifer Caro Ocampo.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 24 Meses:
Peso (kg): 76.
Talla (m): 1,69
Teléfono personal: 314.846 8683.
Correo Electrónico: yennifercaro63@gmail.com.
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Ama de Casa.

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
X	Madre	X
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	X
C	Articulaciones	X
D	Hernias	
E	Pulmones	
X	Otros Presion	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		X
X		
Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
X	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	X
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
X		
No		
¿Cuál?	Enalapril	
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
X		
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
X		
No		
¿Cuál?	baja en Azucar y Grasa.	
8	¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)	

3.

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
X		
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
X		
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
X	Buena	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
X		
No		
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
X	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
X		
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	
X	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
X		
No		
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
X		
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		
X		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
X	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
X		
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
X	Aumentar su resistencia cardiaca	
X	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
X	Disminuir el índice de masa grasa	
X	Tonificar	
X	Sentirse mejor	
X	Fortalecimiento de los huesos	
X	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Yennifer Cano Campo



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.681.875
CARO OCAMPO
APELLIDOS
YENNIFER
NOMBRES
Yennifer Caro ocampo.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-2000
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-OCT-2018 SALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --442--

ribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con
ta Profesional Nro. 1087560235 certifica que YENIFER CARO OCAMPO identificada con CC Nro. 1004681875 con 24 años
dad.

SENTA SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN
LIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE
MENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA
IA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

eticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 07/03/2025 en la ciudad de BALBOA

HIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	CARO OCAMPO YENIFER		Eps	PARTICULAR MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1004681875	Fecha de Nac 18/10/2000	Edad	24 A *Genero* F	
Direccion	CALLE 10 # 6-31	Ciudad BALBOA	Barrio	CALLE PRINCIPAL	Historia 1004681875
Etnia	Otras etnias		Zona	U	Fecha Atención 07/03/2025 16:31
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3127667052 - 3127667052	Admision A146308			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: " PARA UN CERTIFICADO DEL GIMNASIO "

EA: PACIENTE ADULTO JOVEN DE 24 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PREVIO DE HTA POR AFINAMIENTO, MANEJO CON ENALAPRIL 5 MG CADA 12 HORAS, NO ACUDE A CONTROLES DESDE EL AÑO 2023, ESTA EN MANEJO NO FARMACOLOGICO. ACUDE PARA SOLICITAR CERTIFICACION DE GIMNASIO. REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 125 / 60 mmhg FC 85 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 75 Kg Talla 169 Cm IMC: 26.26 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	EUTERMICA, ANICTERICA, NO CIANOSIS, SIN LESIONES DE CONTINUIDAD.
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALA, ORL SIN ALTERACIONES.
CUELLO	MOVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOMEGALIAS.
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULOS ACCESORIOS
CARDIO PULMONAR	RSCSRS, DE BUENA INTENSIDAD SIN SOPLOS, MV LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS.
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO.
GENITOURINARIO	PUÑOPERCUSION LUMBAR BILATERAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, NO SE EXAMINAN GENITALES POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
OSTEOMUSCULAR	EUTROFISMO, NORMOTONIA
EXTREMIDADES	MOVILES, NO DOLOROSAS, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA.
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT NI FOCALIZACION NEUROLOGICA

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA

EA: PACIENTE ADULTO JOVEN DE 24 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PREVIO DE HTA POR AFINAMIENTO, MANEJO CON ENALAPRIL 5 MG CADA 12 HORAS, NO ACUDE A CONTROLES DESDE EL AÑO 2023, ESTA EN MANEJO NO FARMACOLOGICO. ACUDE PARA SOLICITAR CERTIFICACION DE GIMNASIO. REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICA, HOY CON CIFRAS TENSIONALES NORMALES, SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FISICO NORMAL, SE DA CERTIFICADO MEDICO, SE RECOMIENDA A CUDRI A CONTROL DE RCV.
REFEIRE ENTENDER Y ESTAR DE ACUERDO

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

ZITARAVIRÁ

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 26-Marzo-2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Juan David Quiceno García		
Edad: 20	Fecha Nacimiento: 8-Abril-2005	Documento Identidad: 1.059.696.367
Dirección: Carrera #6-26		
Barrio: Fabio Valencia	Estrato: 3	Teléfono: 3113297424
Rh: A+	Eps: Asmet Salud	Puntaje sisben: 3
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Juan David Q.G.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1.059.696.367

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	JUAN DAVID QUICENO GARCIA		**D.I.**
Edad: 20	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	26-02-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
21.7				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.87		
2	*Peso (kg)*	76.		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	7.0		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	12.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	18.9		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	3.4		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Juan David Quiceno con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 25 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Juan David Q. G.

Nombre: Juan David Quiceno

Cédula: 1059696367

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS

DIA___ MES___ AÑO 2025

Yo Juan David Quicena mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1059696367 y domicilio en Pablo Valenda por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Juan David Q.C.

Firma Deportista
C.C 1059696367

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL

CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tend la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz

Edad: Años: 19 Meses: 7
Peso (kg): 76
Talla (m): 1,87
Teléfono personal: 3113979424
Correo Electrónico: juandavid.quicenogarcia7@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 19 de Marzo de 2025
Ocupación: Estudiante

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**
A	Padre
B	Madre
C	Abuelo
D	Otros: (¿cuales?)
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**
A	Corazón
B	Riñones
C	Articulaciones
D	Hernias
E	Pulmones
F	Otros

3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**
Si	
No	
Cuál?	

4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**
A	Espalda
B	Rodilla
C	Cadera
D	Cuello
E	Tobillo
F	Codo
G	Hombro
H	Otros

5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**
Si	
No	
¿Cuál?	

6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**
Si	
No	
¿Cuál?	

7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**
Si	
No	
¿Cuál?	

8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	
B	Regular	X
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?	Voleibol	
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		X
¿Cuál?	Salchipapa	
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Juan David Q.

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.059.696.367



Apellidos
QUICENO GARCIA

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.86

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 ABR 2005

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
RIOSUCIO (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
14 ABR 2023, BALBOA

Fecha de expiración
15 ABR 2033

Firma
Juan David

CO

017239905

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I<COL017239905<<<<<<<<<<<<<<<
0504081M3304156COL1059696367<6
QUICENO<GARCIA<<JUAN<DAVID<<<<

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRIST REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --461--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que JUAN DAVID QUICENO GARCIA identificado con CC Nro. 1059696367 con 19 años de edad.

SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 19/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	QUICENO GARCIA JUAN DAVID	**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion	CC 1059696367 **Fecha de Nac** 08/04/2005	**Edad**	19 A **Genero** M
Direccion	BARRIO FABIO VALENC **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA **Historia** 1059696367
Etnia	Otros etnias	**Zona**	U **Fecha Atención** 19/03/2025 09:08
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	0323245124 - 0 **Admision** A148037		

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC " UN CERTIFICADO MEDICO "

EA: PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD ACUDE HOY SOLO PARA CERTIFICACION MEDICA PARA GIMNASIO. NIEGA ALGUN SINTOMA OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRRGICOS: SEPTOPLASTIA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TXICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA
FX: TABIQUE NASAL

REVISION POR SISTEMAS

HACE UNA SEMANA TOS SECA, SIN OTROS. NIEGA (PRECORDIALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA (EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLACIURIA, TENESMO VESICAL URGENCIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERCOLOREADAS FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS VOMITOS, DIARREA, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA MIALGIAS GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SNTOMAS: (MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGA.

ANTECEDENTES:

Familiares:	[NIEGA]
Patologicos:	[NIEGA]
Quirurgicos:	[NIEGA]
Toxicoalergicos:	[NIEGA]
Medicamentos:	[NIEGA]
Otros:	[NIEGA]
Trastornos mentales:	Depresión Esquizofrenia Trastorno afectivo bipolar
Otros Trastornos mentales:	[NIEGA]

EXAMEN FISICO

TA 110 / 65 mmhg FC 65 Min FR 19 Min T 36.3 °C SO 98% PESO 78 Kg Talla 187 Cm IMC 21.73 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	EUTERMICA, TURGENTE, SECA, ANICTERICA, SIN PALIDEZ, SIN CIANOSIS, NO PRESENTA ERITEMA, EXANTEMA, PAPULAS O EQUIMOSIS
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALO, CUERO CABELLUDO SIN LESIONES, MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA, AMIGDALAS EUTROFICAS, SIN ERITEMAS NI EXUDADOS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO NORMAL.
CUELLO	MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS, SIN MASAS EVIDENTES TIROIDES EUTROFICA, SIN INDURACIONES, NO PRESENTA SOPLOS CAROTIDEOS, SIN INGURGITACION YUGULAR.
TORAX	TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, SIN TIRAJES, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, MURMULLO VESICULAR SIN ALTERACIONES, SIN SIBILANCIAS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS, SIN DESDOBLAMIENTOS
ABDOMEN	ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, NO DOLOROSO A LA PALPACIN, SIN MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO	PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.
OSTEOMUSCULAR	EUTROFISMO, NORMOTONIA, SIN COMPROMISO EN ARCOS DE MOVIMIENTO, NO ALTERACIONES EN PALPACIN DE ARTICULACIONES.
EXTREMIDADES	MOVILES, EUTROFICAS, SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente QUICENO GARCIA JUAN DAVID Eps ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 1059696367 Fecha de Nac 08/04/2005 Edad 19 A Genero M
Direccion BARRIO FABIO VALENC Ciudad BALBOA Barrio FABIO VALENCIA Historia 1059696367
Etnia Otros etnias Zona U Fecha Atención 19/03/2025 09:08
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 0323245124 - 0 Admision A148037

NEUROLOGICOS CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GCS: 15, FUERZA 5/5 EN TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADO, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS ++/++++, SIN ALTERACIN DE NERVIOS CRANEALES, SIN DFICIT SOMATOSENSORIAL.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HOY CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL. NO HAY RESTRICCIONES MEDICAS EN CUANTO A PATOLOGIAS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA SIN EMBARGO ESTA DEBE DE SER VIGILADA Y APROBADA POR PROFESIONAL EN DEPORTE SEGUN CONDICION FISICA DEL PACIENTE. SE DAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ESTAR DE ACUERDO

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

Fecha de la Formula: Formula Pos

Medicamento: DIHIDROCODEINA BITARTRATO 2.42 MG / ML (0.242% FCO **Cantidad:** 1 (UNO)
Posología: TOMAR 5 CC CADA 8 HORAS **Via de Administracion** Oral
Forma Farmacéutica: JARABE **Unidad de Medida:** FCO **Concentración:** 2.42 MG / ML (0.242%
Observacion **Duracion del Tratamiento** 5 DIAS

Medico DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico 1087560235

Usuario: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOR Impreso

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10-07-2025		Deporte: GIMNASIO
Nombre: Oscar Dario Giraldo Quintero		
Edad: 38	Fecha Nacimiento: 6 de Mayo 1986	Documento Identidad: 1090076040
Dirección: Cra 4 Calle 6 # 4-48		
Barrio: Vilbrueva	Estrato: 2	Teléfono: 3133411687
Rh: O+	Eps: Salud total	Puntaje sisben:
Enfermedades: Triglicerios		Toma Algún Medicamento: Gemfibrozil
¿Es víctima del conflicto? SI [X] NO [ ]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Oscar Giraldo
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1090076040

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	OSCAR MARIO GIRALDO		**D.I.**
Edad: 38	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
32.3				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.75		
2	*Peso (kg)*	99		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	11.7		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	25.8		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	27.5		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	7.9		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.7		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9.2		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

Oscar Giraldo
FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Oscar David Giraldo Quintero con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Oscar Giraldo

Nombre: Oscar David Giraldo Quintero

Cédula: 1090076040

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO** 2025

Yo Oscar Giraldo, mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090076040 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Oscar Giraldo
Firma Deportista
C.C 1090076040

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 38 Meses: 10
Peso (kg): 99
Talla (m): 175
Teléfono personal: 3133411687
Correo Electrónico: linkgamas2@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 8 dias
Ocupación: Auxiliar Cartera

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	Triglicexidos	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		Y
No		
¿Cuál?	Gemfibrozil	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
	Hace 3 Meses	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Oscar Gralda

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.090.076.040**

GIRALDO QUINTERO
APELLIDOS

OSCAR DARIO
NOMBRES

Oscar Dario Giraldo Q.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1986**
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUN-2004 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABERTO BENITO LOPEZ

P-2401300-54129181-M-1090076040-20040623 **02165**04236A 02 148998556

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --443--

Suscribe JORGE ANDRES ARCILA HERRERA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1086278766 certifica que OSCAR DARIO GIRALDO QUINTERO identificado con CC Nro. 1090076040 con 38 años de edad.

PACIENTE ADULTO JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALETRACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZIAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 04/03/2025 en la ciudad de BALBOA

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1086278766

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951612

RERORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	GIRALDO QUINTERO OSCAR DARIO		Eps	SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1090076040	Fecha de Nac 06/01/1987	Edad	38 A Genero M	
Direccion	CALLE 6 # 4 40	Ciudad BALBOA	Barrio	VILLA NUEVA	Historia 1090076040
Etnia	Otras etnias		Zona	U	Fecha Atención 04/03/2025 11:32
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3133411667 - 0	Admision A145639			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — ORIGEN: CONSULTA EXTERNA

CERTIFICADO MEDICO INGRESO GIMNASIO

PAICENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD SIN AP PREVIOS CONSULTA PRA REALZAR EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INGRESO AL GIMNASIO EN EL MOMENTO PAICENTE COMENTA QUE SNCEUNTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , SIN CEFALEA , NO DOLOR PRECORDIAL , NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR , NO DISNEA , NO DOLRO ABDOMINAL , NO LIMITACION APRA REALZAIR ARCOS DE MOVILDAID O PARA LA MARCHA

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO POR EL PACIENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 130 / 74 mmhg FC 72 Min FR 20 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 98 Kg Talla 175 Cm IMC 32.00 Obesidad I1

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES APARENTES, SIN ICTERICIA, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION, SIN LESIONES APARENTES
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALICO, SIN ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS DE TAMAÑO NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION
CUELLO	MOVIL CENTRADO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI TIRAJES
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO. NO SE AUSCULTAN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	SIN EDEMAS, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION , SIN ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15/15 ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

CONDUCTA

PACIENTE ADULTO JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALETRACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZIAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

Jorge Arcila H.

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1088278766
Documento de identidad: 1088278766

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 12-03-2025	Deporte: Actividad Física Gimnasio	
Nombre: Diego Andrés Cifuentes González		
Edad: 25	Fecha Nacimiento: 24-09-1999	Documento Identidad: CC. 1090077548
Dirección: Vereda 3 Esquinas, Balboa Risaralda		
Barrio: 3 Esquinas	Estrato: 2	Teléfono: 3104543215
Rh: A+	Eps: S.O.S.	Puntaje sisben: C2
Enfermedades: NO		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es víctima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1090077548

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	DIEGO ANDRES CIFUENTES GOMEZ			**D.I.**
Edad: 23	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	12-07-2023			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.2				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.75		
2	*Peso (kg)*	68		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	4.9		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	11.9		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	14.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	3.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	7.9		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Diego Andrés Cifuentes G. con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 12 del mes de marzo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Diego Andrés Cifuentes G.

Cédula: 1090077548

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 12 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Diego Andrés Cifuentes G. mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1040077548 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
c.c 1040077548

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 12-MAYO-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: DIEGO ALEJANDRO CIFUENTES
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 25 Meses: 6
Peso (kg): 68
Talla (m): 1,75
Teléfono personal: 3104545215
Correo Electrónico: diegoandrescifuentesgonzalez@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 07-05-2025
Ocupación: Abogado

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		X
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	X
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.090.077.548**

CIFUENTES GONZALEZ

APELLIDOS

DIEGO ANDRES

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1999**

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

01-DIC-2017 BALBOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2401300-00964767-M-1090077548-20171228 0058965469A 2 24826263

Sinalgia

Mejorando tu calidad de vida

CERTFICADO MEDICO

Fecha atencion: 07/03/2025

Historia clínica: 1090077548

Nombre: DIEGO ANDRES CFUENTES GONZALES

Edad: 25 años

Paciente sin antecedente de importancia, sin alergias documentadas, al exmen fisico sin alteraciones osteomusculares con arcos de movilidad conservados en sus rangos normalesen el momento sin sintomas respiratorios u otros signos o sintomas de enfermedad por lo tanto Se emite certificado medico de paciente sano que puede realizar actividad fisica y soportar cargas como la actividad de entrenamiento en establecmientos como gimnasio o calistenia.

Medico: Andres Correa Montoya

RM: 1090076251

e-Mail: sinalgia.med@gmail.com

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10-03-2023		Deporte:
Nombre: Jhonatan Andres Restrepo Carvajal		
Edad: 18 año	Fecha Nacimiento: 11/04/2006	Documento Identidad: CC: 1089.098.624
Dirección: Carrera 5 # 2-91		
Barrio: Ruecla Nueva	Estrato: 1	Teléfono: 3147716391
Rh: ot	Eps: Asmet Salud	Puntaje sisben: 86
Enfermedades: Sulud Mental		Toma Algún Medicamento: Si Respiradora
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? no

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Jhonatan
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Jhonatan André Quintero			**D.I.** 1089 098 624
Edad: 18	**Sexo:**	M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2023			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
28.3				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	Talla (cm)	1.68		
2	Peso (kg)	80		

Pliegues cutáneos

3	Pliegue tricipital (mm)	14.6		
4	Pliegue subescapular (mm)	20.7		
5	Pliegue supra iliaco (mm)	32.0		
6	Pliegue bicipital(mm)	6.3		

Diámetros óseos

9	Diámetro biestiloideo muñeca (cm)	5.2		
10	Diámetro bicondileo fémur (cm)	4		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS		

DIA 20 MES 03 AÑO 2025

Yo Jhonatan Andres Restrepo C. mayor de edad, con documento de ciudadania N° 1088096624 y domicilio en Balboa Risa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Jhonatan

Firma Deportista
C.C

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Jheraban Andre Restrepo Carvajal, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 12 del mes de Mayo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Jheraban Andre Restrepo Carvajal

Cédula: 1089096624

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 10-01-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 16 Meses:
Peso (kg): 80 kg
Talla (m): 1.65 m
Teléfono personal: 3147716391
Correo Electrónico: [illegible]
Cuándo fue su último control médico: Mes de febrero
Ocupación:

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Mental	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Risperidona	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		

8 ¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Gimnasio	
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si	X	
No		
15	Si respondió NO, ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3 X	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?	No Me llama la atención Ningún deporte	
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana X	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

25	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Jhonatan


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.098.624

Apellidos
RESTREPO CARVAJAL

Nombres
JHONATAN ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 ABR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y Lugar de expedición
11 ABR 2024, BALBOA

Firma
Jhonatan

Fecha de expiración
12 ABR 2034


0451287650

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0451287650240 13<<<<<<<<<<<
0604110M3404126COL1089098624<7
RESTREPO<CARVAJAL<<JHONATAN<AN

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --473--

uscribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta rofesional Nro. 1090076218 certifica que JHONATAN ANDRES RESTREPO CARVAJAL identificado con CC Nro. 1089098624 on 18 años de edad.

ACIENTE CON AP DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO FARMACOLOGICO COMPENSADO EN SU PATOLOGIA DE BASE, SIN OMPORTAMIENTO AGRESIVO, SIN PATOLOGIAS QUE LE IMPIDAN REALZAR ACTIVIDAD FISICA. SE DA CERTIFICADO A OLICITUD DEL PACIENTE

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

Paciente:	RESTREPO CARVAJAL JHONATAN ANDRES		EPS: ASMETSALUD EPS SAS
Identificación:	CC - 1089098624	Fecha de Nac: 11/04/2006	Edad: 18 - A Género: M
Dirección:	CARRERA 5 # 2 91	Ciudad: BALBOA	Barrio: PUEBLO NUEVO Historia: HC61293
Etnia:	Otras etnias		Zona: U Fecha Atención: 22/03/2025 02:05:26
Teléfono:	3106395811 - 3106395811	Admisión: A148826	

ANTECEDENTES:

Familiares:

HISTORIA CONSULTA EXTERNA - A148826

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — ORIGEN: CONSULTA EXTERNA

MC: CONTROL DEL ADOLESCENTE

EA: PACIENTE DE 18 AÑOS ASISTE SOLO , CONSULTA ATENCIN DE DESARROLLO DEL JOVEN. REFIERE ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR. PACIENTE Y MADRE REFIEREN QUE EL JOVEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO REFIEREN NINGUNA SINTOMATOLOGA ACTUAL PACIENTE VIVE CON LOS PADRES Y ABUELA, REFIEREN BUENAS RELACIONES FAMILIARES.

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLGICOS: ESQUIZOFRENIA
QUIRRGICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA
TOXICOLGICOS: NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO, ALCOHOL Y SPA
FARMACOLOGICOS: RISPERIDONA 2 MG CADA NOCHE.
FAMILIARES: PADRE: NO REFIERE MADRE: DEPRESION

DEPENDENCIA ECONMICA: EL MISMO
RELACIONES FAMILIARES: REFIERE BUENA RELACION FAMILIAR
COMUNICACIN CON PADRE O HERMANOS: BUENA COMUNICACION

PROYECTO DE VIDA: NO REFIERE
IMAGEN CORPORAL: BUENA AUTOESTIMA
ANIMO Y DEPRESION: NIEGA SINTOMAS DEPRESIVOS, NIEGA IDEAS DE MUERTE Y DE SUICIDIO, NIEGA ALTERACION EN EL ESTADO DE ANIMO
USO DE TIEMPO LIBRE Y PREFERENCIAS: HACER EJERCICIO

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS EN LOS QUE HA ESTUDIADO: UNO
ASISTENCIA ESCOLAR Y DESEMPEÑO ACADEMICO: ADECUADO

NUTRICION: DIETA BALANCEADA
EJERCICIO Y ACTIVIDAD FSICA: TODOS LOS DIAS

CONOCIMIENTO SOBRE ITS: NIEGA, SE REALIZA ASESORIA ENTIENDE Y ACEPTA
ORIENTACION SEXUAL: HETEROSEXUAL
IDENTIDAD DE GENERO: HOMBRE
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: NIEGA
USO DE METODOS DE ANTICONCEPCION Y PROTECCION: NO APLICA
PRESENTA DIFICULTADES DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES: NO REFIERE
MATERNIDAD O PATERNIDAD PLANEADA: NO APLICA
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y/O VIOLENCIA DE GENERO: NO

REVISION POR SISTEMAS

EXAMEN FISICO

TA	143 / 78 mmhg	FC	77 Min	FR	18 Min	T	36 °C	SO	98%	PESO	85 Kg	Talla	168 Cm	IMC: 30.12 Obesidad T1

ASPECTO GENERAL Bueno — Conciente Si — Orientado Si — Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

EUROLOGICOS SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z003	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE
DIAGNOSTICO 2	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

CONDUCTA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMATICO, CON AP DESCRITOS CON OBESIDAD, NO SE IDENTIFICAN RIESGOS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO NI RIESGO DE MALTRATO, NO PRESENTA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, NO ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIN SEXUAL, NO CONSUMO DE TXICOS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, ACADMICAS Y FAMILIARES. AP DE ESQUIZOFRENIA BINE CONTROLADA EN MANEJO FARMACOLOGICO , FUNCIONES DE LA ARTICULACION, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES. VALORACION DEL DESARROLLO:FUNCIONES COGNITIVAS, IDENTIDAD, AUTONOMIA SIN ALTERACIONES. NO PRESENTA HALLAZGOS PATOLGICOS AL EXAMEN FSICO.

SE BRINDA EDUCACIN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SE INFORMA SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIN FAMILIAR DE ESTA INSTITUCIN, SALUD ORAL, ADEMS SALUD MENTAL. SE BRINDA ASESORA EN EVITAR CONSUMO DE TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CIGARRILLO O ALCOHOL, SE FOMENTA LA REALIZACIN DE DEPORTE O CUALQUIER ACTIVIDAD FSICA, ALIMENTACIN SALUDABLE, BAJO CONSUMO DE AZCARES, GRASA Y SAL. PACIENTE AFIRMA ENTENDER, ACEPTA MANEJO.

OBSERVACIONES SE DA CERTIFICADO MEDICO PARA EL GYM

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

CERTIFICADO MÉDICO - A148826

Suscribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1090076218 certifica que JHONATAN ANDRES RESTREPO CARVAJAL identificado con CC Nro. 1089098624 con 18 años de edad.

PACIENTE CON AP DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO FARMACOLOGICO COMPENSADO EN SU PATOLOGIA DE BASE, SIN COMPORTAMIENTO AGRESIVO, SIN PATOLOGIAS QUE LE IMPIDAN REALZAR ACTIVIDAD FISICA, SE DA CERTIFICADO A SOLICITUD DEL PACIENTE

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

NOTAS DE ENFERMERIA

Nota

USUARIO DE 17 AÑOS QUE PASA LA NOCHE EN SALA DE OBSERVACION EN COMPAÑIA DE SU TIA, DURANTE LA NOCHE PRESENTA AGITACION PSICOMOTORA FUERTE CON AGRESION AL PERSONAL DEL SALUD Y DAÑOS EN LA ESTRUCTURA DEL HOSPITAL, POR LO CUAL SE DEBE DE PROCEDER A SEDAR CON MIDAZOLAM Y HALOPERIDOL IM, CON BUENA RESPUESTA POSTERIOR A ESTO SE INMOVILIZA EN CAMILLA CON VENDAS Y ESPOSAS SUMINISTRADAS POR LA POLICIA, PASA EL RESTO DE LA NOCHE EN CAMILLA DE OBSERVACION DUERME A INTERVALOS CORTOS, EN LA MAÑANA REFIERE QUE QUIERE ORINAR SE OBSERVA MAS TRANQUILO POR LO CUAL SE PROCEDE A RETIRAR INMOLIZACION, SE MUESTRA TRANQUILO Y COLABORADOR, PERMITE TOMA DE MUESTRAS Y SE BAÑA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE OBSERVA CONCIETE, ORIENTADO, AFEBRIL E HIDRATADO, CON BUENA ACEPTACION Y TOLERANCIA AL TTO ORAL, SIN AVORDAJE VENOSO.
P/ REPORTE DE PARACLINICOS PARA REMISION A NIVEL SUPERIOR PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA, VIGILANCIA CONSTANTE DE SU ESTADO MENTAL, AVISAR CAMBIOS. SUMINISTRAR SEDACION EN CASO DE EMERGENCIA.

Realizado Por ERIKA YULIANA GUAPACHA ACEVEDO **Fecha** 23/02/2024 07:01:10a. m.

HISTORIA PACIENTE RESTREPO CARVAJAL JHONATAN ANDRES

IO DE 17 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA EN SERVICIO DE OBSERVACION, EN COMPAÑIA DE SU TIA, PACIENTE QUIEN SE OBSERVA LIENTO, POCO COLABORADOR, CASI NO HABLA, PASA LA TARDE EN CAMILLA SOLO SE LEVANTA A SUS NECESIDADES, PACIENTE CON S VITALES ESTABLES, SE ENCUENTRA AFEBRIL, NO PRESENTA NADA ESPECIAL CON INDICACION MEDICA DE QUETIAPINA X 100 MG 1 TA CADA 8 HORAS PARA EVITAR AGITACION, PENDIENTE VIGILAR COMPORTAMIENTOS Y REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACION SIQUIATRIA, AVISAR CAMBIOS
ado Por LEYDY BIBIANA VALLEJO HURTADO **Fecha** 23/02/2024 06:53:12p. m.

EGO PACIENTE EN EL SERVICIO DE OBSERVACION LA CUAL PASA LA NOCHE EN ESTABLES CONDICIONES EN COMPAÑIA DEL PAPA ME INTERVALOS LARGOS PACIENTE EN ESPERA DE REMISION A III NIVEL PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA TOLERA MTTO Y VIA ORAL MISION A OMERIS
zado Por SANDRA VICTORIA OSORIO **Fecha** 24/02/2024 07:20:27a. m.

RIO QUE PASA EL DIA EN SALA TRIAJE ACOMPAÑADO POR LA TIA Y POR EL PAPA ELUSUARIO SE OBSERVA TRANQUILO AFEBRIL POCO UNICATIVO REFIERE ESTOY MUY BURRIDO ACEPTA Y TOLERA BIEN LA DIETA Y EL TRATAMIENTO PENDIENTE REMISION AIII NIVEL AUN NO DO ACEPADO.
izado Por IRMA RAMIREZ GOMEZ **Fecha** 24/02/2024 04:53:45p. m.

OR DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN SERVICIO DE HOSPITALIZACION, SE ENCUENTRA EN SALA DE TRIAGE, PACIENTE SE ERVA SOMONOLIENTO, POCO COMUNICATIVO EN APARENTES BUENAS CONDICIONES , TOLERA Y ACEPTA LA VIA ORAL, ALIMENTOS Y ICAMENTOS, EN COMPAÑIA DE SU TIA, DUERME INTERVALOS LARGOS BAJO SEDACION, USUARIO EN LA ESPERA DE REMISION A TERCER EL PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA, REQUIERE ACOMPAÑANTE PERMANENTE
ado Por LEYDY BIBIANA VALLEJO HURTADO **Fecha** 25/02/2024 06:39:17a. m.

a
UARIO DE 17 AÑOS QUE PASA EL DIA EN CAMILLA DE OBSERVACION EN COMPAÑIA DE SU TIA QUIEN REFIERE VERLO TRANQUILO, SE SERVA TRANQUILO, CONCIENTE, ORIENTADO, A FEBRIL, HIDRATADO, POCO COMUNICATIVO PERO COLABORADOR, BUENA ACEPTACION Y LERANCIA A LA VIA ORAL, SIN AVORDAJE VENOSO, SIN ALTERACION APARENTE AL EXAMEN FISICO , ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO, NO CE DEPOSICION
NTINUA EN TRAMITE DE REMISION A NIVEL SUPERIOR PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA, AUN NO HA SIDO UBICADO POR RTE DE SU EPS.
CONTINUAR CON TTO ORAL DE QUETIAPINA 100 MG C/ 8 HORAS, ACOMPAÑANTE PERMANENTE, SV DE RUTINA, VIGILAR AGITACION LICOMOTORA Y AVISAR CAMBIOS.
ealizado Por ERIKA YULIANA GUAPACHA ACEVEDO **Fecha** 25/02/2024 06:44:02p. m.

ota
ACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE PASA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REFIERE "MAREADO" PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, FEBRIL, HIDRATADO, ACEPTANDO Y TOLERANDO LA VIA ORAL Y EL TTO, AL EXAMEN FISICO, CAMPOS PULMONALES BIEN VENTILADOS, ORMOCARDICO, NORMOTENSO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINANDO EN BAÑO,RESTO SIN LTERACION,
/ REMISION A HOSPITAL HOMERIS PARA EL DIA DE HOY A LAS 3 PM
Realizado Por DISNEY PIEDAD ACEVEDO RUIZ **Fecha** 26/02/2024 06:40:26a. m.

Nota
PACIENTE PASA LA MAÑANA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES EN COMPAÑIA DE SU TIA, CONCIENTE ORIETADO AFEBRIL, HIDRATADO COLABORADOR, ACEPTA Y TOLERA EL TTO Y LA VIA ORAL, DEAMBULA A SUS NECESIDADES ELOIMINA ESPONTANEO EN BAÑO, REMISION AL HOSPITAL MENTAL PARA EL DIA DE HOY A LAS 15+00.
Realizado Por **Fecha** 26/02/2024 12:32:32p. m.

Nota
PACIENTE QUE SALE REMITIDO PARA OMERIS EN COMPAÑIA DE AUXLIAR DE ENFERMERIA Y FAMILIAR SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS EN AMBULACIA
Realizado Por SANDRA VICTORIA OSORIO **Fecha** 26/02/2024 02:31:58p. m.

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 0-3 17 2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Alejandro Castaño Cano		
Edad: 18	Fecha Nacimiento: 26 Octubre 2006	Documento Identidad: 1089382485
Dirección: calle 8 - N° 4.85		
Barrio: calle principal	Estrato: 2	Teléfono: 3213698872
Rh: O +	Eps: Asme Salud	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Alejandro Castaño Cano
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

María Isabel Henao C
NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Alejandro Castaño Cano		**D.I.**
Edad: 18	**Sèxo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	17-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.65		
2	*Peso (kg)*	72		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12.2		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	19.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	20.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	5.8		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.1		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	ALCALDÍA MUNICIPAL DE BALBOA RISARALDA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
MENORES DE EDAD

DIA 17 **MES** Mar **AÑO 2025**

Yo María Isabel Zuluaga C mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 25143371 y domicilio en Balboa Rd, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS SUMINISTRADAS POR LA CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ Y LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE BALBOA, RISARALDA se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que voy a vincular al menor Alejandro Castaño Cano con documento de identidad N° 1089382435 sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

4. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

María Isabel Zuluaga C
Firma Acudiente
C.C 25143371

Alejandro Castaño Cano
Firma Menor de Edad
T.I. 1089382435

ZITARAVIRA

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INGTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 19-07-023
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Alejandro Castaño Cano
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 18 Meses:
Peso (kg): 72.0
Talla (m): 1.75
Teléfono personal: 3213698872
Correo Electrónico: freddyalejandrocastanocano@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: Hace un mes
Ocupación: Trabajador de Tiempo parcial y estudiante de cursos

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	NO
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	NO
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	No
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	3 veces al día

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?	Anteriormente iba al gimnasio y a basquetbol	
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?: Me ayuda como desestresante, y la experiencia es agradable	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	X
Si		
No		
¿Cuál?		X
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		
¿Cuál?		X
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO Alejandro Castaño Cano

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.382.435



Apellidos
CASTAÑO CANO

Nombres
ALEJANDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.85

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 OCT 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
30 OCT 2024, BALBOA

Firma

Fecha de expiración
31 OCT 2034

CO

0582262035

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0582262036240l3<<<<<<<<<<
0610261M3410314COL1089382435<5
CASTANO<CANO<<ALEJANDRO<<<<<<<

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --464--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que ALEJANDRO CASTAÑO CANO identificado con CC Nro. 1089382435 con 18 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 19/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 801411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3126951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	CASTAÑO CANO ALEJANDRO		Eps	PARTICULAR MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1089382435	Fecha de Nac 26/10/2006	Edad	18 A Genero M	
Direccion	CALLE - PPAL	Ciudad BALBOA	Barrio	CALLE PRINCIPAL	Historia 1089382435
Etnia	Otras etnias		Zona	U	Fecha Atención 19/03/2025 16:21
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3218747573 - 0	Admision A148171			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CRUE EN CONSULTA EXTERNA

MC: " PARA CERTIFICADO MEDICO"

EA: PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD, RESIDE EN ZONA URBANA, ACUDE SOLO, CONSULTA REFIRIENDO REQUIERE DE CERTIFICADO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, ASINTOMATICO, REFIERE ESTAR BIEN.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: AUTISMO, DEFICIT DE ATENCION ???
QUIRRGICOS: NIEGA
FARMACOLGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA
TRAUMATICO: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA (PRECORDIALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA, (TOS, EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL URGENCIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERCOLOREADAS FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS VOMITOS, DIARREA, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA MIALGIAS GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SNTOMAS: MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION, COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGA.

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 100 / 60 mmhg FC 85 Min FR 15 Min T 36.3 °C SO 100% PESO 73.5 Kg Talla 167 Cm IMC: 26.35 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	EUTERMICA, TURGENTE, SECA, ANICTERICA, SIN PALIDEZ, SIN CIANOSIS, NO PRESENTA ERITEMA, EXANTEMA, PAPULAS O EQUIMOSIS.
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALO, CUERO CABELLUDO SIN LESIONES, MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA, AMIGDALAS EUTROFICAS, SIN ERITEMAS NI EXUDADOS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO NORMAL.
CUELLO	MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS, SIN MASAS EVIDENTES TIROIDES EUTROFICA, SIN INDURACIONES, NO PRESENTA SOPLOS CAROTIDEOS, SIN INGURGITACION YUGULAR.
TORAX	TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, SIN TIRAJES, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, MURMULLO VESICULAR SIN ALTERACIONES, SIN SIBILANCIAS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS.
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS, SIN DESDOBLAMIENTOS.
ABDOMEN	ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO PRESENTE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO	PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.
OSTEOMUSCULAR	EUTROFISMO, NORMOTONIA, SIN COMPROMISO EN ARCOS DE MOVIMIENTO, NO ALTERACIONES EN PALPACIN DE ARTICULACIONES.
EXTREMIDADES	MOVILES, EUTROFICAS, SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.
NEUROLOGICOS	CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, GCS: 15, FUERZA 5/5 EN TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADO, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS ++/++++, SIN ALTERACIN DE NERVIOS CRANEALES, SIN DFICIT SOMATOSENSORIAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 801411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3126951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente CASTAÑO CANO ALEJANDRO Eps PARTICULAR MORBILIDAD
Identificacion CC 1089382435 Fecha de Nac 26/10/2006 Edad 18 A Genero M
Direccion CALLE - PPAL Ciudad BALBOA Barrio CALLE PRINCIPAL Historia 1089382435
Etnia Otras etnias Zona U Fecha Atención 19/03/2025 16:21
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3218747573 - 0 Admision A148171

CONDUCTA

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, RESIDE EN ZONA URBANA, ACUDE SOLO, CONSULTA REFIRIENDO REQUIERE DE CERTIFICADO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, ASINTOMATICO, HOY CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL, EN EL MOMENTO NO CURSA CON SINTOMAS O PATOLOGIAS QUE RESTRINGAN LA ACTIVIDAD FISICA, SE DA CERTIFICADO EMDICO, SE HACE ENFASIS EN ACTIVIDAD DEBIDE DE ESTAR SUPERVISADA Y AVALDA POR PROFESIONAL EN DEPORTE SEGUN CAPACIDAD DEL PACIENTE

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 27-03-2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Jenny leandra Sánchet Silva		
Edad: 37.	Fecha Nacimiento: 04-Marzo-1988	Documento Identidad: 1090016262
Dirección: Calle 8N-4-97. calle principal		
Barrio: Calle principal	Estrato:	Teléfono: 3137426539.
Rh: O-	Eps: Asmet salud	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Jenny leandra Sánchet silva.
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	JENNY ICAMOR SANCHEZ SILVA		**D.I.**
Edad: 27	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	23-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.0				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.61		
2	*Peso (kg)*	57		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	9.4		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.7		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.2		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.2		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Jenny Leandra Sánchez Silva, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 23 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Jenny Leandra Sánchez Silva.

Cédula: 1004007626 2.

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 23 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Jenry Silva mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090076262 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Jenry Leandro Sánchez Silva.
Firma Deportista
C.C 1090076262.

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 23-03-2023
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Jenny Leandra Sanchez Silva.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 37 Meses:
Peso (kg): 57
Talla (m): 1.61
Teléfono personal: 3137426539
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Contratista

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	
B	Regular	X
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Jenny Silva



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.090.076.262
SANCHEZ SILVA
APELLIDOS
JENNY LEANDRA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1988
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
15-JUL-2008 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Generado por sysmio.com.co

IPS Consultorios Angel

I.P.S.CONSULTORIOS ANGEL
901345184
CL 9 No7-64 66 Pis1 Loc1
3127168987
consultoriosangelsst@gmail.com



Paciente	CC 1090076262 JENNY LEANDRA SANCHEZ SILVA		
Lugar de Residencia:	Risaralda - Balboa	Direccion:	Calle 8 número 4-97, calle principal.
Sexo Paciente:	Mujer	Telefono:	3206676825
Fecha Nacimiento:	1988-04-04	Correo:	sindatos@hotmail.com
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Ocupacion:	Agentes de empleo y contratistas de mano de obra
Aseguradora	Particulares	Tipo Vinculacion:	Cotizante

Edad Atencion	36/A-10/M-11/D	No Admision	14977	Fecha Admision	2025-02-15
Pagador	222222222 Particulares				
Convenio	Part. Comp Aten Contado	Nivel Afiliacion	Nivel Particular	Tipo Usuario	Particular
Datos Acompañante:	No Aplica	Telefono	0		
Datos Responsable:	No Aplica	Telefono	0	Puesto/sco	Ninguno

Consecutivo: 9983 Fecha Historia: 2025-02-15 08:51:51 Formato: Certificado - Salud Ocupacional

Informacion

Informacion

Cargo: apoyo inspector **Tipo Examen:** INGRESO

Nombre Empresa : independiente

Tipo Enfasis: OSTEOMUSCULAR

Paraclinicos

Paraclinicos

Ant. Ocupacionales

Observaciones

Concepto

Concepto

Concepto: Sin Restriccion

Autorizacion : Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos. La firma del paciente referida en este documento certifica la autorización a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes.

Controles

Conducta

Observaciones a la Conducta: Paciente, quien a la valoración clínica se encuentra en buenas condiciones generales, sin presencia de alteraciones en los signos vitales, sin limitación funcional. Sin déficit en el sistema osteomuscular, sin presencia de alteraciones físicas o mentales que lo limiten para el desempeño laboral. En el momento del examen se encuentra apto para la labor asignada. Debe de tener en cuenta las siguientes recomendaciones: hábitos saludables, adecuada higiene postural, y realización de pausas activas y el uso adecuado de elementos de protección personal.

Recomendaciones

Generales: Examen Periodico Ocupacional
Generales: Pausas Activas
Generales: Higiene Postural
Preventivas: Osteomuscular

Controles Ocupacionales

Recomendaciones Especificas y/o Restricciones para el Paciente: sin restricciones sin recomendaciones especiales.
Recomendaciones para la Empresa: Realizar exámenes ocupacionales de ingreso, periódicos. Y de egreso. Promover el correcto uso de elementos de protección personal. Realizar jornadas periódicas de seguridad y salud en el trabajo promover ambiente laboral sano, para evitar estrés y fatiga laboral.

Carlos Humberto Victoria Cano
MEDICO Y CIRUJANO Reg. Med. 61-099
Licencia del Consejo T.U.M.A.
Especialista en Salud Ocupacional - Licencia de Salud Ocupacional No. 291

Carlos Humberto Victoria Cano
Registro Profesional: 6199012
MEDICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2025-02-15 09:10:45

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10/03/25.		Deporte:
Nombre: Andrea Alvar Victoria		
Edad: 43	Fecha Nacimiento: 19/01/1982	Documento Identidad: 42146264
Dirección: El manzano		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3176060145
Rh: A+	Eps: N.EP.S	Puntaje sisben:
Enfermedades: N.Ninguna		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Andrea Alvar

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 42146264

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	ANDREA ALVEAR VICTORIA		**D.I.**
Edad: 43	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
26.2				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.55		
2	*Peso (kg)*	63.1		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	14.4		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	24.7		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	23.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	8.2		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.6		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Luz Andrea Ducuara Victoria mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 42146264 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 42.146.264

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Andrea Alvear Victoria, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Andrea Alvear V

Nombre: Andrea Alvear Victoria

Cédula: 42.146.264

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: LUIS ALBERTO BUITRAGO.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 43 Meses:
Peso (kg): 63
Talla (m): 1.55
Teléfono personal: 3227060145
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Contador

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		
No		X
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		
¿Cuál?		X
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		
¿Cuál?		X
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		
¿Cuál?		X
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Andres Alvarez

IPS Consultorios Angel

I.P.S.CONSULTORIOS ANGEL
901345184
CL 9 No7-64 66 Pis1 Loc1
3127168987
consultoriosangelsst@gmail.com



No Admision:	9499	Fecha Admision:	2024-09-26	Paciente:	CC 42146264 Luz Andrea Alvear Victoria		
Edad:	42 A-8 M-7 D	Fecha de Nota:	1982-01-19	Telefono:	3226060149	Grupo Sanguineo	A +
Departamento Nota:	Risaralda			Municipio Nota:	Balboa		
Direccion Residencia:	Calle 8 5-10			Barrio:	Balboa	Estrato:	1
Administradora:	NIT 222222222Particulares						
Convenio:	Par. Comp Aten Cuidado						
Ocupacion:	Agronomos Y Afines						
Observacion:							
Estado Civil:	Union Libre	Religion:	Catolica	Discapacidad:	Ninguna	Profesion:	Agronoma
Escolaridad:	11	Estado Escol:	Completa	Etnia:	Otro	Cargo:	Agronoma

Consecutivo: 6669 Fecha historia: 2024-09-26 11:24:58 Formato: Certificado - Salud Ocupacional

Atencion: Examen laboral de Ingreso

Informacion

Informacion

Cargo: AGRONOMA
Tipo Examen: INGRESO
Nombre Empresa : INDEPENDIENTE
Tipo Enfasis: OSTEOMUSCULAR

Paraclinicos

Paraclinicos

Ant. Ocupacionales

Observaciones

Concepto

Concepto

Concepto: Sin Restriccion
Autorizacion :
Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos. La firma del paciente referida en este documento certifica la autorización a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes.

Controles

Conducta

Observaciones a la Conducta:
Paciente: quien a la valoración clínica se encuentra en buenas condiciones generales, sin presencia de alteraciones en los signos vitales, sin limitación funcional. En el momento de la valoración clínica se observa la presencia de sobre peso moderado; condiciones que no limita para el desempeño laboral, Debe de tener en cuenta la siguientes recomendaciones: hábitos saludables, adecuada higiene postural, y realización de pausas activas; además debe de realizar dieta y ejercicio, y el uso adecuado de elementos de protección personal.

Recomendaciones

Generales: Examen Periodico Ocupacional
Generales: Pausas Activas
Generales: Higiene Postural

Controles Ocupacionales

Recomendaciones Especificas y/o Restricciones para el Paciente: sin restricciones sin recomendaciones especiales
Recomendaciones para la Empresa:
Realizar exámenes ocupacionales de ingreso, periódicos, Y de egreso. Promover el correcto uso de elementos de protección personal. Realizar jornadas periódicas de seguridad y salud en el trabajo promover ambiente laboral sano, para evitar estrés y fatiga laboral.

Ordenes L. Asociadas



Carlos Humberto Victoria Cano
RM. 6190012
MEDICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

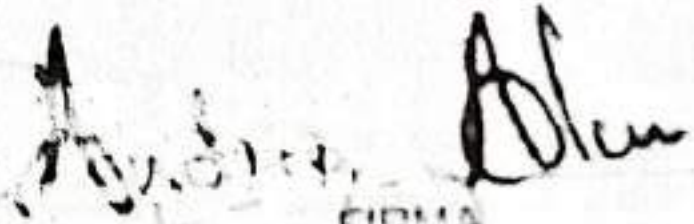
NUMERO **42.146.264**

ALVEAR VICTORIA

APELLIDOS

LUZ ANDREA

NOMBRES



FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **19-ENE-1982**

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-FEB-2000 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2401300-00792200-F-0042146264-20160223 **0048**590737A 1 24925513

Escaneado con CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 13/03/2025		Deporte: gym
Nombre: Jorge Bladimir Alvarez Rios		
Edad: 18	Fecha Nacimiento: 17/11/2006	Documento Identidad: 1090076325
Dirección: Vereda 3 Esquinas		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3135259338
Rh: B+	Eps: sanitas	Puntaje sisben: B2
Enfermedades: ninguno		Toma Algún Medicamento: no
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? no

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Bladimir Alvarez Rios
FIRMA DEPORTISTA
C.C.1090076325

Julian Falcon
NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	BRANDON ALVAREZ RIOS.		**D.I.**
Edad: 18	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	13-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
20.4.				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.67		
2	*Peso (kg)*	57		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	7.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	10.3		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	8.3		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	3.9		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	7.7		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 13 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Jorge Ramon Alvarez Rios mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090026325 y domicilio en Velera 3 Central por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Ramon

Firma Deportista
C.C 1090026325

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Jorge Brandon alvarez Rios con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 13 del mes de 03 del año 2025.

Firma: Brandon

Nombre: Brandon alvarez Rios

Cédula: 1090076325

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: **JULIAN TASCON RAMIREZ**

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 18 Meses: 216
Peso (kg): 57
Talla (m): 1,67
Teléfono personal: 3135259338
Correo Electrónico: alvarez9105@hotmail.com
Cuándo fue su último control médico: 5/03/2025
Ocupación: Estudiante

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
~~Si~~		
No		
¿Cuál?	Asma	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
~~Si~~		
No		
¿Cuál?	Glotiptinosina	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
~~No~~		
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
~~No~~		
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		
No		
¿Cuál?	los que recomienda el instructor	
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Brandon


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.090.076.325

Apellidos
ALVAREZ RIOS

Nombres
JORGE BRANDON

Nacionalidad
COL

Estatura
1.87

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 NOV 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BALBOA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
18 NOV 2024, BALBOA

Firma
Brandon

Fecha de vencimiento
18 NOV 2034


0689562200

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0689562200240l3<<<<<<<<<<
0611176M3411182COL1090076325<9
ALVAREZ<RIOS<<JORGE<BRANDON<<<

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ RIOS JORGE BRANDON	**Eps**	ASMETSALUD CONTRIBUTIVO EVENTO
Identificacion	CC 1090076325 Fecha de Nac 17/11/2006	**Edad**	18 A **Genero** M
Direccion	VEREDA TRES ESQUIN/ **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	TRES ESQUINAS **Historia** 1090076325
Etnia	Otras etnias	**Zona**	R **Fecha Atención** 05/03/2025 16:30
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3127221965 - 0 **Admision** A145889		

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

CERTIFICADO MEDICO INGRESO GIMNASIO

PAICENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD SIN AP PREVIOS CONSULTA PRA REALZAR EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INGRESO AL GIMNASIO EN EL MOMENTO PAICENTE COMENTA QUE SNCEUNTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , SIN CEFALEA , NO DOLOR PRECORDIAL , NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR , NO DISNEA , NO DOLRO ABDOMINAL , NO LIMITACION APRA REALZAIR ARCOS DE MOVILDAID O PARA LA MARCHA

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO PRO EL PACIENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:	[NEGATIVO]
Patologicos:	[ACNE JUVENIL]
Quirurgicos:	[ADENOIDECTOMIA + AMIGDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA REDUCCION ABIERTA + MAOS]
Toxicoalergicos:	[NEGATIVO]
Medicamentos:	[ISOTRETINOINA 20 MG X 1]
Otros:	[FX DE METACARPIANOS]

Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

EXAMEN FISICO

TA 120 / 74 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 57 Kg Talla 167 Cm IMC: 20.44 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES APARENTES, SIN ICTERICIA, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION, SIN LESIONES APARENTES
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALICO, SIN ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS DE TAMAÑO NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION
CUELLO	MOVIL CENTRADO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI TIRAJES
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO. NO SE AUSCULTAN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	SIN EDEMAS, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION , SIN ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15/15 ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

CONDUCTA

PACIENTE JUVENIL SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALETRACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZIAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Rivernida

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ RIOS JORGE BRANDON	**Eps**	ASMETSALUD CONTRIBUTIVO EVENTO
Identificacion	CC 1090076325 **Fecha de Nac** 17/11/2006	**Edad**	18 A *Genero* M
Direccion	VEREDA TRES ESQUIN/ **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	TRES ESQUINAS *Historia 1090076325*
Etnia	Otras etnias	**Zona**	*R* *Fecha Atención 05/03/2025 16:30*
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3127221965 - 0 **Admision** A145889		

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1086278766
Documento de identidad: 1086278766

FIRMA DEL EVALUADO

sto Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

nte	ALVAREZ RIOS JORGE BRANDON	**Eps**	ASMETSALUD CONTRIBUTIVO EVENTO
ficacion	CC 1090076325 **Fecha de Nac** 17/11/2006	**Edad**	18 A *Genero* M
cion	VEREDA TRES ESQUINA **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	TRES ESQUINAS **Historia** 1090076325
	Otras etnias	**Zona**	R **Fecha Atención** 05/03/2025 16:30

o Poblacional Otro Grupo poblacional
ono 3127221965 - 0 **Admision A145889**

TIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

ERTIFICADO MEDICO INGRESO GIMNASIO

AICENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD SIN AP PREVIOS CONSULTA PRA REALZAR EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INGRESO AL IMNASIO EN EL MOMENTO PAICENTE COMENTA QUE SNCEUNTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , SIN CEFALEA , NO DOLOR RECORDIAL , NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR , NO DISNEA , NO DOLRO ABDOMINAL , NO LIMITACION APRA REALZAIR RCOS DE MOVILDAID O PARA LA MARCHA

EVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO PRO EL PACIENTE

NTECEDENTES:

Familiares: [NEGATIVO]
Patologicos: [ACNE JUVENIL]
Quirurgicos: [ADENOIDECTOMIA + AMIGDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA REDUCCION ABIERTA + MAOS]
Toxicoalergicos: [NEGATIVO]
Medicamentos: [ISOTRETINOINA 20 MG X 1]
Otros: [FX DE METACARPIANOS]
Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

EXAMEN FISICO

TA 120 / 74 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 57 Kg Talla 167 Cm IMC: 20.44 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES APARENTES, SIN ICTERICIA, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION, SIN LESIONES APARENTES
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALICO, SIN ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS DE TAMAÑO NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION
CUELLO	MOVIL CENTRADO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI TIRAJES
ARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO. NO SE AUSCULTAN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	SIN EDEMAS, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION, SIN ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15/15 ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

CONDUCTA

PACIENTE JUVENIL SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALETRACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZIAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ RIOS JORGE BRANDON	Eps	ASMETSALUD CONTRIBUTIVO EVENTO
Identificacion	CC 1090076325 Fecha de Nac 17/11/2006	Edad	18 A Genero M
Direccion	VEREDA TRES ESQUINA Ciudad BALBOA	Barrio	TRES ESQUINAS Historia 1090076325
Etnia	Otras etnias	Zona	R Fecha Atención 05/03/2025 16:30
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3127221965 - 0 Admision A145889		

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1086278766
Documento de identidad: 1086278766

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 12-03-2025		Deporte: Actividad Fisica Gimnasio
Nombre: Milena Sierra		
Edad: 46	Fecha Nacimiento: 17-10-78	Documento Identidad: 24512281
Dirección: Av. 30 de Abril #10-56		
Barrio: La Salida	Estrato: 2	Teléfono: 3206920242
Rh: A+	Eps: Asmed	Puntaje sisben:
Enfermedades: Tiroides		Toma Algún Medicamento: Levotiroxina
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Milena Sierra
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 24512281

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona: Milena Sierra			**D.I.**
Edad: 46	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	12-05-2023		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
24.9				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	Talla (cm) 1.64	1.64		
2	Peso (kg) 67	64		

Pliegues cutáneos

3	Pliegue tricipital (mm)	7.9		
4	Pliegue subescapular (mm)	16.4		
5	Pliegue supra iliaco (mm)	9.4		
6	Pliegue bicipital(mm)	5.7		

Diámetros óseos

9	Diámetro biestiloideo muñeca (cm)	5.0		
10	Diámetro bicondileo fémur (cm)	9.0		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

Milena Sierra
FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 12 **MES** 3 **AÑO 2025**

Yo Hilera Sierra mayor de edad, con documento de ciudadania N° 24512281 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Hilera Sierra
Firma Deportista
C.C

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Milena Sierra, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 12 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Milena Sierra

Nombre: Milena Sierra

Cédula: 24512281

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Milena Sierra
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 46 Meses:
Peso (kg): 67
Talla (m): 1.64
Teléfono personal: 3206920242
Correo Electrónico: sierramilena186@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 19 marzo 2025
Ocupación: Ama de casa

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No X		
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si X		
No		
¿Cuál?	Levotiroxina	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No X		
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No X		
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.512.281
SIERRA ESPINOSA
APELLIDOS
ALBA MILENA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1978
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-JUN-1997 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

E.S.E. Hospital Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY DE BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 5-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --463--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que ALBA MILENA SIERRA ESPINOSA identificada con CC Nro. 24512281 con 46 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 19/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411965 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente SIERRA ESPINOSA ALBA MILENA **Eps** ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 24512281 **Fecha de Nac** 17/10/1978 **Edad** 46 A **Genero** F
Direccion AVENIDA 30 # 10 56 **Ciudad** BALBOA **Barrio** AVENIDA 30 DE ABRIL **Historia** 24512281
Etnia Otras etnias **Zona** U **Fecha Atención** 19/03/2025 15:01
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3133281948 - 0 **Admision** A148157

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: " PARA UN CERTIFICADO Y LAS PASTAS "

EA: PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA, HIPOTIROIDISMO. ACUDE EL DIA DE HOY REFIRIENDO REQUIERE DE CERTIFICACION MEDICA DE ACTIVIDAD FISICA, ADEMAS REQUIERE DE FORMULACION DE MEDICAMENTOS DE BASE

ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES PATOLOGICOS MIGRAÑA, HIPERTIROIDISMO ORZUELO Y EL MANEJO PARA LAS HEMORROIDES.
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS NIEGA
ANTECEDENTES QUIRURGICOS NIEGA
ANTECEDENTES ALERGICOS NIEGA
ANTECEDENTES TOXICOS: NO REFIERE
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE.

REVISION POR SISTEMAS

SOLO LO DESCRITO EN EA

ANTECEDENTES:

Familiares: [DESCONOCE]
Patologicos: [VERTIGO] [HIPOTIROIDISMO] [NIEGA]
Quirurgicos: [COLELAP] [NIEGA]
Traumaticos: [NEGATIVO] [NIEGA]
Medicamentos: [LEVOTIROXINA 150 MCG X 1] [NIEGA]
Otros: [NEGATIVO] [NIEGA]
Ginecologicos: [MENARQUIA:14 AÑOS FUM: 30-10-24 CICLOS: IRREGULAR PLANIFICACION : IMPLANTE G1P1V1A0]
Trastornos mentales: Depresión Esquizofrenia Trastorno afectivo bipolar
Transfusiones: [Fecha de transfusion: 01/01/1900 Reacciones: NO REGISTRA REACCIONES ADVERSAS]

EXAMEN FISICO

TA 118 / 62 mmhg FC 80 lpm FR 19 lpm T 36.3 °C SO 98% PESO 60 Kg Talla 170 Cm IMC: 20.76 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA:

PIEL	EUTERMICA, ANICTERICA, NO CIANOSIS
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALO, SIN LESIONES EN EL CUERO CABELLUDO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, ORL SIN ALTERACIONES.
CUELLO	CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE.
TORAX	TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES NI TIRAJES, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CAMPOS PULMONAR	CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE DE BUENA INTENSIDAD, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO POSITIVO.
GENITOURINARIO	NORMOCONFIGURADOS
OSTEOMUSCULAR	EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
EXTREMIDADES	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
NEUROLOGICOS	GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, NO ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411965 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente SIERRA ESPINOSA ALBA MILENA Eps ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 24512281 Fecha de Nac 17/10/1978 Edad 46 A Genero F
Direccion AVENIDA 30 # 10 56 Ciudad BALBOA Barrio AVENIDA 30 DE ABRIL Historia 24512281
Etnia Otras etnias Zona U Fecha Atención 19/03/2025 15:01
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3133281948 - 0 Admision A148157

CONDUCTA PACIENTE FEMENINA DE 46 AÑOS DE EDAD, RESIDE EN AREA URBANA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, EN CONTEXTO DE CERTIFICACION MEDICA PARA ACTIVIDAD FISICA Y REFORMULACION DE MEDICAMENTOS DE BASE, HOY CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL, NO HAY RESTRICCION OSTEOMUSCULAR EN EL MOMENTO PARA ACTIVIDAD FISICA, SIN EMBARGO SE HACE ENFASIS EN ACTIVIDAD SUPERVISADA POR PROFESIONAL EN DEPORTE.

DAMIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

Fecha de la Formula: **Formula Pos**

Medicamento: CORTICOIDE CON O SIN ANESTESICO TUB TUB **Cantidad:** 5 (TRES)
Posologia: CADA 8 HORAS **Via de Administracion** Rectal
Forma Farmaceutica: UNGÜENTO PROCTOLOGIC **Unidad de Medida:** TUB **Concentración:** TUB
Observacion **Duracion del Tratamiento** 1 MES

Medicamento: LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG TAB **Cantidad:** 90 (NOVENTA)
Posologia: TOMAR UNA PASTILLA CADA DÍA EN AYUNAS VÍ ORAL **Via de Administracion** Bucal
Forma Farmaceutica: TABLETA **Unidad de Medida:** TAB **Concentracion:** 100 MCG
Observacion **Duracion del Tratamiento** 3 MESES

Medicamento: ACETAMINOFEN 500MG 500 MG TAB **Cantidad:** 60 (SESENTA)
Posologia: TOMAR 2 PASTILLAS EN CASO DE DOLOR VIA ORAL **Via de Administracion** Bucal
Forma Farmaceutica: TABLETA **Unidad de Medida:** TAB **Concentracion:** 500 MG
Observacion **Duracion del Tratamiento** 1 MES

Medicamento: LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TAB **Cantidad:** 90 (NOVENTA)
Posologia: TOMAR UNA EN AYUNAS **Via de Administracion** Bucal
Forma Farmaceutica: TABLETA **Unidad de Medida:** TAB **Concentracion:** 50 MCG
Observacion **Duracion del Tratamiento** 3 MESES

Medicamento: IBUPROFENO 400 MG TAB **Cantidad:** 15 (QUINCE)
Posologia: TOMAR 1 CADA 8 HORAS **Via de Administracion** Oral
Forma Farmaceutica: TABLETA **Unidad de Medida:** TAB **Concentracion:** 400 MG
Observacion SOLO SI DOLOR INTENSO **Duracion del Tratamiento** 5 DIA

Medico DAMIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA GIMNASIO MUNICIPAL**	MUNICIPIO DE BALBOA
FICHA DE INSCRIPCION		

Fecha: 10/03/25	Deporte:	
Nombre: Alejandro Cortes Alvear		
Edad: 22	Fecha Nacimiento: 25/05/2002	Documento Identidad: 1088904256
Dirección: El Naranjo		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3213668628
Rh: A+	Eps: N.EPS	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento:
¿Es víctima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Alejandro Cortes Alvear

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1088904256

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Alejandro Coster Alvear		**D.I.**
Edad: 22	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10.07.2023		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
21.1				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.70		
2	*Peso (kg)*	61.0		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	6.4		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	10.9		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	8.6		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	2.6		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.4		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	7.8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Alejandro Cortes Arcos, mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1088904796 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Alejandro Cortes A.

Firma Deportista
C.C 1088904796

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Alejandro Cortes Alzate, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Alejandro Cortes Alzate

Nombre: Alejandro Cortés Alzate

Cédula: 1088904996

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: ALEJANDRO CORTES ALVEAR
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 22 Meses:
Peso (kg): 61
Talla (m): 1.70
Teléfono personal: 3143660619
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Contratista

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	
B	Regular	X
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	X

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Magda Cote B.

IPS Consultorios Angel

[illegible] ANGEL
901345184
CL 9 No7-64 66 Piel Local
3127168987
consultoriosangelsst@gmail.com



No Admision	9241	Fecha Admision	2024-09-16	Paciente	CC 1069901295 Jhon Alejandro Cortes Alvear		
Edad	22 A 8 M 22 D	Fecha de Naci	2002-05-25	Telefono	3213648428	Grupo Sanguineo	A +
Departamento Naci	Risaralda			Municipio Naci	Bolivar		
Direccion Residenci	Calle 8 5 - 10			Barrio	Bolivar	Estrato	2
Administradora	NIT 222222222Particulares						
Convenio	Para Cargo Area Contable						
Ocupacion	Servicios Administrativos Y Operativos						
Observacion							
Estado Civil	Soltero(a)	Religion	Catolica	Discapacidad	Ninguna	Profesion	Auxiliar Administrativo
Escolaridad	11	Estado Escol	Completa	Etnia	Otro	Cargo	Auxiliar Administrativo

Consecutivo: 6457 Fecha historia: 2024-09-16 11:39:35 Formato: Certificado - Salud Ocupacional

Atencion: Examen laboral de Ingreso

Informacion

Informacion

Cargo: auxiliar administrativo
Tipo Examen: INGRESO
Nombre Empresa : gobernacion de risaralda
Tipo Enfasis: OSTEOMUSCULAR

Paraclinicos

Paraclinicos

Ant. Ocupacionales

Observaciones

Concepto

Concepto

Concepto: Sin Restricion
Autorizacion :
Autorizo la realizacion de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos. La firma del paciente refleja en este documento certifica la autorizacion a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes.

Controles

Conducta

Observaciones a la Conducta:

Paciente, quien a la valoración clínica se encuentra en buenas condiciones generales, sin presencia de alteraciones en los signos vitales, sin limitación funcional. Sin déficit en el sistema osteomuscular, sin presencia de alteraciones físicas o mentales que lo limiten para el desempeño laboral. En el momento del examen se encuentra apto para la labor asignada. Debe de tener en cuenta los siguientes recomendaciones: hábitos saludables, adecuada higiene postural, y realización de pausas activas y el uso adecuado de elementos de protección personal.

Recomendaciones

Generales: Examen Periodico Ocupacional
Generales: Pausas Activas
Generales: Higiene Postural
Preventivas: Osteomuscular

Controles Ocupacionales

Recomendaciones Especificas y/o Restricciones para el Paciente: sin presencia de restricciones sin recomendaciones especiales

Recomendaciones para la Empresa:

a la valoracion clinica del pacientes se puede observar que no tiene antecedentes patológicos relevantes , sin presencia de sintomatología actualmente, niega antecedente de hábitos nocivos.

Ordenes L. Asociadas

Carlos Humberto Victoria Cano

Carlos Humberto Victoria Cano
RM 6199012
MEDICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.088.904.296**

CORTES ALVEAR

APELLIDOS

JHON ALEJANDRO

NOMBRES



Alejandro Cortés Alvear

FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-2002**

BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

09-JUN-2020 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2401300-01150394-M-1088904296-20200731 **0071**383334A 1 48386703

Escaneado con CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 24-03-2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Noriana Yansy Ramirez Ocampo		
Edad: 48 años	Fecha Nacimiento: 10-Agosto-1976	Documento Identidad: 24.512.182
Dirección: Balboa Risaralda, calle 8 # 6-07		
Barrio: calle principal	Estrato: 3	Teléfono: 3234745288
Rh: A+	Eps: Salud total	Puntaje sisben:
Enfermedades: Presion Arterial Alta.		Toma Algún Medicamento: SI
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en Informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Mariana Yansy Ramirez Ocampo		**D.I.** 24.512.182
Edad: 48	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	24-03-2023		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
27.1				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.64		
2	*Peso (kg)* 73 Kilos.	73.5		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	14.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	10.2		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	14.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	11.9		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.9		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 24 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Mariana Yansy Ramirez mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 29512182 y domicilio en Balboa Rda, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que èl o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Mariana Yansy Ramirez con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día ___ del mes de _____del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Mariana Yansy Ramirez Ocampo

Cédula: 24-512-182

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Naiqua Yansy Ramirez Ocampo
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 48 Meses: 7
Peso (kg): 74 kg.
Talla (m): 1.64
Teléfono personal: 3234745288
Correo Electrónico: naiqua.1976@hotmail.com
Cuándo fue su último control médico: 10 meses.
Ocupación: ama de casa

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?) NO	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros NO	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
B	Rodilla +	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo X	
G	Hombro X	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
Si	X	
No		
¿Cuál?	amlodipino	
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Pesas	
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si	X	
No		
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6 X	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20 X	
B	20-30	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces X	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.512.182

RAMIREZ OCAMPO

APELLIDOS

MARIANA YANSY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1976

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

17-AGO-1995 BALBOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2401300-00170137-F-0024512182-20090815 0015022323A 1 19072529

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --476--

uscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con rjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que MARIANA YANSY RAMIREZ OCAMPO identificada con CC Nro. 24512182 con años de edad.

ON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN EALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE LIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA ARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 28/03/2025 en la ciudad de BALBOA

HIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

Hospital Cristo Rey Balboa Rivralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

HISTORIA PACIENTE RAMIREZ OCAMPO MARIANA YANSY

Paciente:	RAMIREZ OCAMPO MARIANA YANSY		**EPS:** SALUD TOTAL EPS
Identificación:	CC - 24512182	**Fecha de Nac:** 10/08/1976	**Edad:** 48 - A **Género:** F
Dirección:	CALLE PRINCIPAL #	**Ciudad:** BALBOA	**Barrio:** CALLE PRINCIPAL **Historia:** HC61593
Etnia:	Otras etnias		**Zona:** U **Fecha Atención:** 28/03/2025 02:41:10
Teléfono:	3234745288 - 0	**Admisión:** A149565	

ANTECEDENTES:

Familiares: [PADRE HTA MUERTE POR ANEURISMA A LOS 68 AÑOS MADRE HTA HERMANOS TAMBIEN HTA.] [DESCONOCE]
Patologicos: [HTA] [NIEGA]
Quirurgicos: [NIEGA]
Toxicoalergicos: [NIEGA]
Medicamentos: [ENALAPRIL 20 GM CADA 12 HORAS E HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CADA DIA] [NIEGA]
Ginecologicos: [G2P1C1A0E0]
Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

HISTORIA CONSULTA EXTERNA - A149565

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL ORIGEN: CONSULTA EXTERNA

MC: " PARA EL CERTIFICADO DEL GIMNASIO "

EA: PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD CON AP DE HTA, SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON AMLODIPINO CADA 12 HRS, HCTZ CADA DIA, ENALAPRIL CADA 12 HRS. REFIERE ADECUADA ADHERENCIA AL MANEJO MEDICO INSTAURADO, CON APROPIADA TOLERANCIA A LA MEDICACION, NIEGA LA APARICIN DE ALGUNA SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR, NO REFIERE PRECORDALGIA, PALPITACIONES, CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, TINNITUS, SINCOPE, MAREO, ORTOPNEA O CLAUDICACION, TAMPOCO REFIERE APARICION DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ALTA NI BAJA, SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL, NI URINARIA. PACIENTE QUE ACUDE HOY PARA CERTIFICACION DE GIMNASIO PARA ACTIVIDAD FISICA.

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS

EXAMEN FISICO

TA 110 / 64 mmhg FC 85 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 76.5 Kg Talla 164 Cm IMC: 28.44 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACIONES
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIN ALTERACIONES
TORAX	SIN ALTERACIONES
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACIONES
ABDOMEN	SIN ALTERACIONES
GENITOURINARIO	SIN ALTERACIONES
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
EXTREMIDADES	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA

CONDUCTA PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DESCRITOS, EN CONTEXTO DE CERTIFICACION MEDICA PARA GIMNASIO, HOY CON SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FISICO NORMAL. SE DA CERTIFICACION MEDICA PARA ACTIVIDAD FISICA SUPERVISADA PRO PROFESIONAL EN DEPORTE.

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

ZITARAVIRÁ

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 7 Marzo 2025	Deporte: GIMNASIO	
Nombre: Laura Sofia Soto		
Edad: 18	Fecha Nacimiento: 31/08/2006	Documento Identidad: 1088261536
Dirección: Calle 2 #1 4-49		
Barrio: Pueblo nuevo	Estrato: 1	Teléfono: 3137130047
Rh: B+	Eps: Asmetsalud	Puntaje sisben: B4
Enfermedades: N		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es víctima del conflicto? SI [X] NO [ ]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participadón en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Laura Sofia Soto
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1088261536

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	LAURA SOFIA SOTO		**D.I.**
Edad: 18	**Sexo:** f	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
24.2				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.64		
2	*Peso (kg)*	65		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12.5		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	17.8		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	20.4		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.9		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

Laura Sofia Soto
FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Laura Sofia Soto, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 7 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Laura Sofia Soto L
Nombre: Laura Sofia Soto
Cédula: 1088261536

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS

DIA 07 MES 03 AÑO 2025

Yo laura sofia soto mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1088761536 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

laura sofia soto
Firma Deportista
C.C 1088761536

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CÓDIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Laura Sofia Soto
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 18 Meses: 222
Peso (kg): 65
Talla (m): 1.64
Teléfono personal: 3137130047
Correo Electrónico: lsotodpe1716@mail.com
Cuándo fue su último control médico: 1 mes
Ocupación: Estudiante

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cual?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cual?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)**	3

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Ivana Silva Soto

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.088.261.536



Apellidos
SOTO LOPEZ

Nombres
LAURA SOFIA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.64
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 31 AGO 2006
G.S.: B+
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
17 SEPT 2024, BALBOA

Firma
Laura Sofia

Fecha de expiración
17 SEPT 2034

CO
1054659801

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0546598012240 13<<<<<<<<<<
0608314F3409176COL1088261536<8
SOTO<LOPEZ<<LAURA<SOFIA<<<<<<<

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

21/02/2025

BALBOA, RISARALDA

CERTIFICADO MÉDICO

A QUIEN PUEDA INTERESAR SE CERTIFICA QUE LA USUARIA LAURA SOFIA SOTO LOPEZ , IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1088261536, AFILIADA A EPS ASMET SALUD SUBSIDIADO NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD. SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Registro Medico: 1087560235

ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA GIMNASIO MUNICIPAL**	
FICHA DE INSCRIPCION		

Fecha: 12/03/2026		Deporte: Gimnasia
Nombre: Manuela Acevedo Bermúdez		
Edad: 19	Fecha Nacimiento: 16/03/2006	Documento Identidad: 1086634602
Dirección: Calle 8 # 4-65		
Barrio: Calle Principal	Estrato: 2	Teléfono: 3143720267
Rh: O+	Eps:	Puntaje sisben: B1
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: No
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1086634602

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	MANUELA ACEVEDO BERMUDEZ		**D.I.**
Edad: 10	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:		2-03-2023	

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.3.				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.57		
2	*Peso (kg)*	55.		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	17.7		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	13.5		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	14.1		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.9		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.6		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	7.6		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Manuela Acevedo Bermúdez, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 12 del mes de Mayo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Manuela Acevedo Bermúdez

Cédula: 1086634602

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

ZITARAVIRÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS

DIA 12 MES 03 AÑO 2025

Yo Manuela Acevedo Bermudez mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1086631602 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 1086631602

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 12-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: MANUELA ACEVEDO BERMUDEZ.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años:	9 Meses:
Peso (kg):	55
Talla (m):	1.57
Teléfono personal:	
Correo Electrónico:	
Cuándo fue su último control médico:	
Ocupación:	ESTUDIANTE.

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si	X	
No		
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3 X	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30 X	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana X	
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA) X	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar X	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos X	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.086.634.602



Apellidos
ACEVEDO BERMUDEZ

Nombres
MANUELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
18 MAR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
03 ABR 2024, BALBOA

Firma

Fecha de expiración
04 ABR 2034

0451287 23

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0451287236240 13<<<<<<<<<<
0603168F3404045COL1086634602<6
ACEVEDO<BERMUDEZ<<MANUELA<<<<<

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --452--

ribe JORGE ANDRES ARCILA HERRERA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con
ta Profesional Nro. 1086278766 certifica que MANUELA BERMUDEZ identificada con CC Nro. 1086634602 con 18 años de
l

IENTE JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR
ECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES
RMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALTERACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE
VILDAD , CON SIGNOS VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION
UROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE
TRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR
L MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 12/03/2025 en la ciudad de BALBOA

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1086278766

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	BERMUDEZ MANUELA	**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion	CC 1086634602 **Fecha de Nac** 16/03/2006	**Edad**	18 A *Genero* F
Direccion	CRA 5 4 65 **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	CALLE PRINCIPAL **Historia** 1086634602
Etnia	Otras etnias	**Zona**	U **Fecha Atención** 12/03/2025 15:17
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3143720267 - 0 **Admision** A147090		

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

CERTIFICADO MEDICO INGRESO GIMNASIO

PAICENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD SIN AP PREVIOS CONSULTA PRA REALZAR EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INGRESO AL GIMNASIO EN EL MOMENTO PAICENTE COMENTA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , SIN CEFALEA , NO DOLOR PRECORDIAL , NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR , NO DISNEA , NO DOLRO ABDOMINAL , NO LIMITACION PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD O PARA LA MARCHA

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO POR LA PACIENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 130 / 74 mmhg FC 78 Min FR 20 Min T 36. °C SO 95% PESO 55 Kg Talla 157 Cm IMC: 22.31 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA	EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, NO PRESENTA SIGNOS DE DESHIDRATACION
PIEL	HIDRATADA, EUTERMICA AL TACTO, SIN LESIONES EVIDENTES O ALTERACIONES DE LA COLORACION
CABEZA Y ORL	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO CONSENSUAL CONSERVADO, ESCLERAS ANCITERICAS, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, AMIGDALAS EUTROFICAS, NO ERITEMA, NO PALCAS NI EXUDADOS, UVULA CENTRAL, FARINGE NORMAL. AGUDEZA VISUAL 20/20. OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, SISTEMA ESTOMATOGNATICO SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROS, NO RIGIDOS, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES.
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN TIRAJES O RETRACCIONES, NO DOLOR A LA PALPACION
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO PERISTALTISMO NORMAL NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS
GENITOURINARIO	PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS. SE OMITE EXAMEN GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
OSTEOMUSCULAR EXTREMIDADES	TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADO, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS MOVILES, PERFUSION DISTAL MENOR DE 2 SEGUDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMAS
NEUROLOGICOS	ALERTA GLASGOW 15 NO DEFITIC NEUROLOGICO, NO HAY FOCALIZACION, NO HAY SIGNOS MENINGEOS FUERZA MIEMBROS SUPERIORES 5/5 MIEMBROS INFERIORES 5/5 SENSIBILIDAD CONSERVADA REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

CONDUCTA

PACIENTE JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALTERACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	BERMUDEZ MANUELA		**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1086634602	**Fecha de Nac** 16/03/2006	**Edad**	18 A **Genero** F	
Direccion	CRA 5 4 65	**Ciudad** BALBOA	**Barrio**	CALLE PRINCIPAL	**Historia** 1086634602
Etnia	Otras etnias		**Zona**	U	**Fecha Atención** 12/03/2025 15:17
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3143720267 - 0	**Admision** A147090			

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1086278766
Documento de identidad: 1086278766

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11-03-2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Mariana Alvarez Restrepo		
Edad: 19	Fecha Nacimiento: 26-12-2005	Documento Identidad: 1088904087
Dirección: Cr 3 nº 1-15		
Barrio: Pueblo Nuevo	Estrato: 2	Teléfono: 3104007400
Rh: O+	Eps: Asmet Salud	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento: No
¿Es víctima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Mariana Alvarez R
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1088904087

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	MARIANA ALVAREZ RESTREPO		**D.I.**
Edad: 19	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	11-03-2024		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
25.8				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	161.50		
2	*Peso (kg)*	58		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	18.1		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	22.4		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.7		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	12.0		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.8		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9.0		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 11 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Mariana Alvarez Restrepo mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1088904087 y domicilio en pueblo nuevo, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirà y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Mariana Alvarez R

Firma Deportista
C.C 1088904087

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Mariana Alvarez Restrepo, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Mariana Alvarez R

Nombre: Mariana Alvarez Restrepo

Cédula: 1088904087

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 11-03-25
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Mariana Alvarez Restrepo
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 19 Meses: 3
Peso (kg): 58
Talla (m): 1.50
Teléfono personal: 3104007400
Correo Electrónico: mariana.alvarez2605.restrepo@gmail.com
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Aux. Enfermero

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	X
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		X
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
¿Por qué?		X
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	X
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el Indice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Mariana Alvarez R

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.088.904.087

Apellidos
ALVAREZ RESTREPO

Nombres
MARIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.59

Sexo
F

Fecha de nacimiento
26 DIC 2005

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BALBOA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
12 ENE 2024, BALBOA

Firma
Mariana Alvarez R

Fecha de expiración
12 ENE 2034

0407411172 00

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0407411724240 13<<<<<<<<<<
0512262F3401125COL1088904087<9
ALVAREZ<RESTREPO<<MARIANA<<<<<

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

21/02/2025

BALBOA, RISARALDA

CERTIFICADO MÉDICO

A QUIEN PUEDA INTERESAR SE CERTIFICA QUE LA USUARIA MARIANA ALVAREZ RESTREPO , IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1088904087, AFILIADA A EPS ASMET SALUD CONTRIBUTIVO NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD. SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --450--

---

ribe JORGE ANDRES ARCILA HERRERA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con ta Profesional Nro. 1086278766 certifica que MARIANA ALVAREZ RESTREPO identificada con CC Nro. 1088904087 con 19 s de edad.

IENTE JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR ECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES RMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALTERACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE VILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION UROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE TRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR L MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 12/03/2025 en la ciudad de BALBOA

Jorge A. L. H.

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1086278766

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

nte	ALVAREZ RESTREPO MARIANA		Eps	ASMETSALUD MORBILIDAD	
ficacion	CC 1088904087	Fecha de Nac 26/12/2005	Edad	19 A *Genero* F	
cion	CARRERA 3 1 15	Ciudad BALBOA	Barrio	PUEBLO NUEVO	Historia 1088904087
	Otras etnias		Zona	U	Fecha Atención 12/03/2025 15:11

o Poblacional Otro Grupo poblacional
ono 3104007400 - 0 **Admision A147089**

TIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

RTIFICADO MEDICO INGRESO GIMNASIO

ICENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD SIN AP PREVIOS CONSULTA PRA REALZAR EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INGRESO AL MNASIO EN EL MOMENTO PAICENTE COMENTA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , SIN CEFALEA , NO DOLOR RECORDIAL , NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR , NO DISNEA , NO DOLRO ABDOMINAL , NO LIMITACION PARA REALIZAR RCOS DE MOVILDAD O PARA LA MARCHA

VISION POR SISTEMAS

O REFERIDO POR LA PACIENTE

NTECEDENTES:

Familiares:	[NIEGA]
Patologicos:	[NIEGA]
Quirurgicos:	[NIEGA]
Toxicoalergicos:	[NIEGA]
Medicamentos:	[NIEGA]
Otros:	[NIEGA]
Ginecologicos:	[G0P0A0C0]

Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

Otros Transtornos mentales: [NIEGA]

EXAMEN FISICO

TA 130 / 74 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 58 Kg Talla 150 Cm IMC: 25.78 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA	EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, NO PRESENTA SIGNOS DE DESHIDRATACION
PIEL	HIDRATADA, EUTERMICA AL TACTO, SIN LESIONES EVIDENTES O ALTERACIONES DE LA COLORACION
ABEZA Y ORL	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO CONSENSUAL CONSERVADO, ESCLERAS ANCITERICAS. MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, AMIGDALAS EUTROFICAS, NO ERITEMA, NO PALCAS NI EXUDADOS, UVULA CENTRAL, FARINGE NORMAL. AGUDEZA VISUAL 20/20. OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, SISTEMA ESTOMATOGNATICO SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROS, NO RIGIDOS, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN TIRAJES O RETRACCIONES, NO DOLOR A LA PALPACION
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO PERISTALTISMO NORMAL NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS
GENITOURINARIO	PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS. SE OMITE EXAMEN GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
OSTEOMUSCULAR EXTREMIDADES	TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADO, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS MOVILES, PERFUSION DISTAL MENOR DE 2 SEGUDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMAS
NEUROLOGICOS	ALERTA GLASGOW 15 NO DEFITIC NEUROLOGICO, NO HAY FOCALIZACION, NO HAY SIGNOS MENINGEOS FUERZA MIEMBROS SUPERIORES 5/5 MIEMBROS INFERIORES 5/5 SENSIBILIDAD CONSERVADA REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ RESTREPO MARIANA		**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1088904087	**Fecha de Nac** 26/12/2005	**Edad**	19 A **Genero** F	
Direccion	CARRERA 3 1 15	**Ciudad** BALBOA	**Barrio**	PUEBLO NUEVO	**Historia** 1088904087
Etnia	Otras etnias		**Zona**	U	**Fecha Atención** 12/03/2025 15:11
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3104007400 - 0	**Admision** A147089			

CONDUCTA

PACIENTE ADULTO JOVEN SIN AP PREVIOS QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDIONES DE SALUD , AFEBRIL SIN DOLOR PRECORDIAL , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , NO SE AUSCULTAN SOPLOS , CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS , CON MOTRICIDAD GRUESA SIN ALETRACION NO LIMITANTE PARA REALIZAR ARCOS DE MOVILDAD , CON SIGNSO VITALES Y CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE RANGO DE REFERENCIA , NO ALTERACION NEUROCOGNITIVAS , . PAICENTE QUE SE ENCUENTRA APTO PARA REALZIAR ACTIVIDAD FISICAS EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO SIN LIMITACION PARA RELIZAR ESFUERZO FISCO O ACTIVIDADES FISICAS CARDIOVASCULAR POR TAL MOTIVO SE EMITE CERTIFICADO DE APROVACION PARA INGRESO AL GIMNASIO

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1086278766
Documento de identidad: 1086278766

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE BALBOA

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10-03-2023	Deporte:	
Nombre: Diana Patricia López Rodriguez		
Edad: 37 año	Fecha Nacimiento: 07-09-1987	Documento Identidad: 1.099.364.018
Dirección: Calle 2 casa 5		
Barrio: Pueblo Nuevo	Estrato: 2	Teléfono: 3132534925
Rh: A+	Eps: Nueva EPS	Puntaje sisben: A5
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1099364018

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Diana Patricia López Rodriguez		**D.I.**
Edad: 37	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2023		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
29.3				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.60		
2	*Peso (kg)*	75		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12.5		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	27.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.1		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.4		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9.3		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Diana Patricia López R., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de 03 del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Diana Patricia López Rodriguez

Cédula: 1.099.364.018.

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 MES 03 AÑO 2025

Yo Diana Patricia López L mayor de edad, con documento de ciudadanía Nº 1.099364098 y domicilio en calle casa 5, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 1.099.364018

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 10-09-2024
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Diana Patricia Lopez Rodriguez
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 37	Meses: 6
Peso (kg): 75	
Talla (m): 1,60	
Teléfono personal: 3132534925	
Correo Electrónico: coordinacion-cpsamballoc@Hotmail.com	
Cuándo fue su último control médico: 11-09-2024	
Ocupación: Psicologa	

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	X
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	X
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cual?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* ***ACTIVIDAD FÍSICA***	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.099.364.018



Apellidos
LOPEZ RODRIGUEZ

Nombres
DIANA PATRICIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.59

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 SEPT 1987

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
LEBRIJA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
08 NOV 2005, LEBRIJA

Firma

Fecha de expiración
23 ABR 2034

.CO

045384307

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL045384307427121<<<<<<<<<<<
8709077F3404230COL1099364018<4
LOPEZ<RODRIGUEZ<<DIANA<PATRICI

SafelyPSTT



CARTAGO - 2024-01-25 - 08:30:00

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
DIANA PATRICIA LOPEZ RODRIGUEZ

Tipo documento
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero documento
1099364018

Celular
3132534925

Genero
FEMENINO

Edad
36 Años 4 Meses 18 Dias

Entidad
PARTICULAR

INFORMACION GENERAL

TIPO DE EXAMEN
EXAMEN DE INGRESO

CARGO A DESEMPLETAR
COORDINADORA

EVALUACION MEDICA SINTOMAS COVID-19
NEGATIVO

ENFASIS	EPS	ARL	AFP	TIPO DE SANGRE
OSTEOMUSCULAR	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	A+

RECOMENDACIONES.

EN LA VALORACIÓN MÉDICA PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL TRABAJADOR, SE ENCONTRÓ SIN RESTRICCIONES PARA LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y PERFIL DEL CARGO, EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO A LAS QUE ESTARÁ EXPUESTO, SIN PERJUICIO DE SU SALUD O LA DE TERCEROS. NO SE IDENTIFICÓ NINGUNA CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN COMÚN QUE PUEDA AGRAVARSE POR LAS ACTIVIDADES LABORALES QUE REALIZA

RECOMENDACIONES NIVELES DE ESTRATIFICACION DEL RIESGO INDIVIDUAL COVID-19

1. RIESGO BAJO DE COMPLICACIONES EN CASO DE ENFERMEDAD COVID-19

TRABAJADOR CON RIESGO BAJO DE COMPLICACIONES EN CASO DE ENFERMEDAD COVID-19 PUEDE INGRESAR A TRABAJAR RESPETANDO LAS NORMAS DE PREVENCIÓN PERSONAL Y SOCIAL IMPARTIDAS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA.

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO/REINTEGRO

SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES
SANA, SIN PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES QUE LIMITEN SU TRABAJO NORMAL

RESTRICCIONES
SIN NINGUNA RESTRICCION

DIANA PATRICIA LOPEZ RODRIGUEZ
CC 1099364018

HÉCTOR JULIÁN LÓPEZ MEJÍA
SST NO 1427-2018

Fecha de impresion 2024-01-25

Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente LOPEZ RODRIGUEZ DIANA PATRICIA **Eps** NUEVA EPS
Identificacion CC 1099364018 **Fecha de Nac** 07/03/1987 **Edad** 37 A **Genero** F
Direccion CALLE 8 # 7 22 **Ciudad** BALBOA **Barrio** CALLE PRINCIPAL **Historia** 1099364018
Etnia Otras etnias **Zona** U **Fecha Atención** 11/09/2024 09:15
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3132534925 - 0 **Admision** A114793

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

"ME ESTOY ORINANDO CUANDO ESTORNUDO"

TENGO UN COLICO MUY FUERTE
PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISNTE EN PRESNEATR INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO CON SOLO TOSER O REALIZAR ALGUN LEVANTAMIENTO DE PESO O CORER NO SE PRESENATR CONTROL DE ESFINTER VESICAL NIEGA DISURIA , POLAQUIURIA , TENESMO VESICAL POR TLAMOTIVO DECIE CONSULTAR PARA VALROACION POR MEDICINA GENERAL

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS:POMEROY
INMUNOLOGICOS: REFIERE DOS DOSIS DE VACUNACION CONTRA EL COVID 19
TOXICOS: NIEGA CONSUMO DE SPA, NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO POR EL PACIENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 110 / 70 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 64 Kg Talla 155 Cm IMC: 26.64 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES APARENTES, SIN ICTERICIA, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION, SIN LESIONES APARENTES
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALICO, SIN ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS DE TAMAÑO NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION
CUELLO	MOVIL CENTRADO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI TIRAJES
RDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO, NO SE AUSCULTAN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	SIN EDEMAS, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION , SIN ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15/15 ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 N393 INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION

CONDUCTA PACIENTE ADULTO JOVEN SIN AP PREVISO QUEIN EN EL MOEMNTO SNCEUNTRA ENCEONTEXTO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO SIN CONTROL ESFINTER VESICAL PARA REALZIAR ACTIVIDADES DE ESFUERZO FISICIO , NO SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS , NOP FIEBRE , NO ESCALOFRISO POR TLA MOTIVO SE SOCLITA VALORACION POR GINENCOLOGIA PARA DAR AMNEJO MEDICO MULTIDICIPLINARIO

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente LOPEZ RODRIGUEZ DIANA PATRICIA
Identificacion CC 1099364018 **Fecha de Nac** 07/09/1987
Direccion CALLE 8 # 7 22 **Ciudad** BALBOA
Etnia Otras etnias
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3132534925 - 0 **Admision** A114793

Eps NUEVA EPS
Edad 37 A **Genero** F
Barrio CALLE PRINCIPAL **Historia** 1099364018
Zona U **Fecha Atención** 11/09/2024 09:15

Jorge A. H.

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1086278766

INDICACIONES MEDICAS

Medico: JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Fecha: 11/09/2024
CUPS 890250 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
AMBULATORIA
CANTIDAD 1

Jorge A. H.

PGP- Clinica Son Rafael

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1086278766

CLINICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Carrera 18 con Calle 14,
Tel. 3275710
900342064-3

Identificacion: 1099364018 CEDULA
LOPEZ RODRIGUEZ DIANA PATRICIA
Sexo : FEMENINO Fecha de Nacimiento : 07/09/1987
Regimen : EPS PGP NUEVA EPS DPTO RISARALDA
Direccion: BALBOA BALBOA
Estado Civil: UNIÓN LIBRE O U Ocupacion: NO DEFINIDO

No. Historia Clinica : 1099364018
Vinculo: COTIZANTE
Edad : 37 Años Etnia: Ninguno de los anter
Estrato : RANGO UNO
Telefono: 3132534925 3215584619
Fecha y Hora de Atencion : 20/11/2024 14:24

Motivo de Consulta :
*****GINECOLOGÍA*****

MC: "SE ME SALE LA ORINA"

Enfermedad Actual :
PACIENTE DE 37 AÑOS CON CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA, NO OTROS SÍNTOMAS.

Revision por Sistema :
NIEGA ADICIONALES A LO REFERIDO
Antecedentes Personales
Quirurgico : NO REFIERE Patologicas : NO REFIERE Alergicos : NO REFIERE Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : NO REFIERE Venereas : NO REFIERE Ginecologias : ***ANTECEDENTES***
-PATOLÓGICOS: NO REFIERE
-FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE
-QUIRÚRGICOS: ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA
-TOXICO-ALÉRGICOS: NO REFIERE
-G/O: MENARQUIA 14 AÑOS, CICLOS REGULARES DE 30X3, FUM 17/11/2024, G2P2V2, FUP: 08/06/2006, PNF: ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA CCV: HACE 1 AÑO, REFIERE NORMAL
-FAMILIARES: NO REFIERE

Paraclinicos : NO REFIEREOncologicos : NO REFIERE
Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : NO REFIERE
Signos Vitales
TA : 0 / 0 FC : 0 FR : 0 Temp : Talla : Peso : I.M.C. : 0
Pbrax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: Sat02: Perimetro Abdominal :
Examen Fisico
GU : EXAMEN FÍSICO
BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL
C/C: CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS
TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS, MEGALIAS O ASCITIS
GU: NO SE EXPLORA
EXTREMIDADES SIN EDEMAS
NEURO: SIN DÉFICIT

PCD : NINGUNA

DX Principal : R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PACIENTE DE 37 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:
1. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA

PACIENTE DE 37 AÑOS CON CUADRO ANOTADO, SE SOLICITA ECO TV, URODINAMIA Y UROCULTIVO, CONTROL CON RESULTADOS. SE RECOMIENDA INICIO DE EJERCICIOS DE KEGEL, SE EXPLICA CLARAMENTE A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y

CLINICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Carrera 18 con Calle 14,
Tel. 3275710
900342064-3

No. Historia Clinica : 1099364018

ACEPTAR.
ESCALA NUTRICION : Riesgo bajo: Repetir screening semanal

Factura No. 1712243

Profesional: CAMILO ANDRES ALFONSO PINZON
Registro: 1020781269
Especialidad: GINECOBSTETRICIA

ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE** **ZITARAVIRA** **GIMNASIO MUNICIPAL**	
	FICHA DE INSCRIPCION	

Fecha: 10/Marzo/2025		Deporte:
Nombre: Juliana Andrea Angel Cardona		
Edad: 20	Fecha Nacimiento: 07/07/2025	Documento Identidad: 1090076042
Dirección: Vereda San Antonio		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3205759185
Rh: O+	Eps: Asmet Salud	Puntaje sisben: 2
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento:
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Juliana Angel Cardona
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1090076042

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	JULIANA ANDREA ANGEL			**D.I.**
Edad: 20	**Sexo:**	F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
24.8				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.49		
2	*Peso (kg)*	55		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	11.9		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	7.5		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	7.3		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.4		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.6		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	7.9		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Juliana Angel Cardona, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Juliana Angel C.

Nombre: Juliana Andrea Angel Cardona

Cédula: 1090076042

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	MUNICIPIO DE BALBOA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Juliana Andrea Angel Cardona mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090076092 y domicilio en San Antonio, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Juliana Angel Cardona
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 20 Meses:
Peso (kg): 54.8
Talla (m): 1,49
Teléfono personal: 3205759185
Correo Electrónico: Juliana.angel.cardona1@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 2 Meses
Ocupación: Higienista Oral

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si	X	
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6 X	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30 X	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
20	**¿Consumo alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces X	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar X	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo X	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Juliana Angel C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.090.076.042**

ANGEL CARDONA

APELLIDOS

JULIANA ANDREA

NOMBRES

Juliana Angel Cardona

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-2004**

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-JUL-2022 BALBOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2401300-013213O7-F-1090076042-20220927 0088891858G 1 8505202694

IPS Consultorios Angel

I.P.S CONSULTORIOS ANGEL
901345184
CL 9 No7-64 66 Piso Local
3127168987
consultoriosangelest@gmail.com



Paciente	CC 1000034642 JULIANA ANDREA ANGEL CARDONA		
Lugar de Residencia:	Risaralda - Dosquebradas	Direccion:	VEREDA SAN ANTONIO
Sexo Paciente:	Mujer	Telefono:	3203779187
Fecha Nacimiento:	2001-07-07	Correo:	[illegible]@hotmail.com
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Ocupacion:	Terapeuta auditiva y ayudantes de odontologia
Aseguradora:	EMPRESA_DE_EMPLEADOS_TEMPORALES_CONSTRUYENDO_S.A.S		Tipo Vinculacion: Contrato

Edad Atencion	23 A 6 M 20 D	No Admision	14044	Fecha Admision	2025-01-27
Pagador	901214460 EMPRESA DE EMPLEADOS TEMPORALES CONSTRUYENDO S.A.S				
Convenio	EMPRESA DE EMPLEADOS TEMPORALES CONSTRUYENDO S.A.S	Nivel Afiliacion	EMPRESA DE EMPLEADOS TEMPORALES CONSTRUYENDO S.A.S	Tipo Usuario	Particular

Consecutivo: 9067 Fecha Historia: 2025-01-27 10:26:28 Formato: Certificado - Salud Ocupacional

Informacion

Informacion

Cargo: higienista oral **Tipo Examen:** INGRESO

Nombre Empresa : EMPRESA DE EMPLEADOS TEMPORALES CONSTRUYENDO S.A.S

Tipo Enfasis: OSTEOMUSCULAR

Paraclinicos

Paraclinicos

Ant. Ocupacionales

Observaciones

Concepto

Concepto

Concepto: Sin Restriccion

Autorizacion : Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos. La firma del paciente referida en este documento certifica la autorización a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes.

Controles

Conducta

Observaciones a la Conducta: Paciente, quien a la valoración clínica se encuentra en buenas condiciones generales, sin presencia de alteraciones en los signos vitales, sin limitación funcional. Sin déficit en el sistema osteomuscular, sin presencia de alteraciones físicas o mentales que lo limiten para el desempeño laboral. En el momento del examen se encuentra apto para la labor asignada. Debe de tener en cuenta las siguientes recomendaciones: hábitos saludables, adecuada higiene postural, y realización de pausas activas y el uso adecuado de elementos de protección personal.

Recomendaciones

Generales: Examen Periodico Ocupacional
Generales: Pausas Activas
Generales: Higiene Postural
Preventivas: Osteomuscular

Controles Ocupacionales

Recomendaciones Especificas y/o Restricciones para el Paciente: sin restricciones sin recomendaciones importantes
Recomendaciones para la Empresa: Realizar exámenes ocupacionales de ingreso, periódicos. Y de egreso. Promover el correcto uso de elementos de protección personal. Realizar jornadas periódicas de seguridad y salud en el trabajo promover ambiente laboral sano, para evitar estrés y fatiga laboral.

Carlos Humberto Victoria Cano
[illegible]

Carlos Humberto Victoria Cano
Registro Profesional: 6199012
MEDICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Scanned with CamScanner

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 17-03-2025	Deporte:	
Nombre: YEIMY LORENA MONTOYA RAMIREZ		
Edad: 18 AÑOS	Fecha Nacimiento: 11-05-2006	Documento Identidad: 1137059603
Dirección: VEREDA TAMBORES		
Barrio:	Estrato:	Teléfono: 3233456682
Rh:	Eps: ASMET SALUD	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Yeimy

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	YELMY LORENA MONTOYA		**D.I.**
Edad: 18	**Sexo:**	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	17-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.1				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.53		
2	*Peso (kg)*	47		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	10.5		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	13.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	5.2		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.9		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.0		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, YEIMY LORENA MONTOYA, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día ___ del mes de _____del año 2025.

Firma: Yeimy

Nombre: YEIMY LORENA MONTOYA

Cédula: 1137059603

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE** ***ZITARAVIRA***	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA **ADULTOS**		

DIA___ MES___ AÑO 2025

Yo Yeimy Lorena Vasquez mayor de edad, con documento de ciudadania N° 1137059603 y domicilio en Vereda Tarcoles por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Yeimy

Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL

CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 11-03-2025.
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Yeimy montoya Ramos
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz

Edad: Años: 18 Meses:
Peso (kg): 47
Talla (m): 1.53
Teléfono personal: 3233456682
Correo Electrónico: yeimymontoyaramos@gmail.com
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Estudiante

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?) Ninguno	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros Ninguno.	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros Ninguno	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**
Si	X
No	
¿Cuál?	
13	**¿Cómo fue la experiencia?**
A	Buena X
B	Regular
C	Mala
	¿Por qué?:
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**
Si	X
No	
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**
A	De 1 a 3
B	De 4 a 6 X
C	7
17	**¿Practica algún deporte?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
¿Por qué?	
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**
A	10-20 X
B	20-30
C	30 o +
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**
Si	
No	X
¿Cuál?	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**
Si	
No	
¿Cuál?	
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**
Si	X
No	
¿Por qué?	
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**
A	1 vez a la semana
B	2 veces a la semana
C	3 o más veces X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**
Si	X
No	
¿Por qué?	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --454--

scribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta ofesional Nro. 1090076218 certifica que YEIMY LORENA MONTOYA RAMIREZ identificada con CC Nro. 1137059603 con 18 os de edad.

AICNETE SIN PATOLOGIAS DE BASE, SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR QUE LA LIMITE PARA REALIZAR ACTIVIDAD SICA.

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 12/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

o Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

e	MONTOYA RAMIREZ YEIMY LORENA		Eps	PARTICULAR MORBILIDAD	
:acion	CC 1137059603	Fecha de Nac 11/05/2006	Edad	18 A *Genero* F	
on	VEREDA TAMBORES #	Ciudad BALBOA	Barrio	TAMBORES	Historia 1137059603
	Otras etnias		Zona	R	Fecha Atención 12/03/2025 16:43

Poblacional Otro Grupo poblacional
io 3114044159 - 0 **Admision** A147126

VO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

RA EL CERTIFICADO MEDICO"
CIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY PARA CERTIFICADO MEDICO PARA EL GYMNASIO. REFIERE EN EL MIENTO ASINTOMATICA, NIEGA PATOLOGIAS DE BASE

TECEDENTES
TOLOGICOS: RINITIS ALERGICA
JIRURGICOS: NIEGA
LERGICOS: NIEGA
RMACOLOGICOS: NIEGA
OXICOS: NIEGA
INECOLOGICOS: G0 PLANIFICACION NIEGA FUM: EL 05-03-2025

EVISION POR SISTEMAS

N T E C E D E N T E S:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 109 / 55 mmhg FC 84 Min FR 18 Min T 36 °C SO 98% PESO 49 Kg Talla 153 Cm IMC: 20.93 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Y848 OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

CONDUCTA AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, AFEBRIL, NO SIGNOS DE SIRS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPLOS ABDOMEN NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS, NEUROLOGICO NO DEFICIT, EXTREMIDADES CON ADECUADA PERFUSION NO EDEMAS, PAICNETE SIN PATOLOGIAS DE BASE, SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR QUE LA LIMITE PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

to Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit. 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

ze MONTOYA RAMIREZ YEIMY LORENA **Eps** PARTICULAR MORBILIDAD
cacion CC 1137059603 **Fecha de Nac** 11/05/2006 **Edad** 18 A *Genero* F
on VEREDA TAMBORES # **Ciudad** BALBOA **Barrio** TAMBORES **Historia** 1137059603
Otras etnias **Zona** R **Fecha Atención** 12/03/2025 16:43
Poblacional Otro Grupo poblacional
no 3114044159 - 0 **Admision** A147126

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMÓ SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 27-03-2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Cesar Augusto muñoz Aguirre		
Edad: 29	Fecha Nacimiento: 28-feb-1996	Documento Identidad: 1090077172
Dirección: U. Pueblo Nuevo Cra 44-48		
Barrio: Pueblo Nuevo	Estrato: 1	Teléfono: 313 404 6154
Rh: O+	Eps: Asmet salud	Puntaje sisben:
Enfermedades: tiroides		Toma Algún Medicamento: levotiroxina
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Cesar Augusto muñoz A.
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1090077172

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	CESAR AUGUSTO MUÑOZ		**D.I.**
Edad: 29	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	27-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.6				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.81		
2	*Peso (kg)*	74		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	6.0		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	11.2		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	13.3		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	7.7		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.6		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS		

DIA 27 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Cesar Augusto Muñoz A. mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090099192 y domicilio en Obando, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Cesar Augusto Muñoz A

Firma Deportista
C.C 1090099192

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

MUNICIPIO DE BALBOA

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Cesar Agusto Montes A., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 27 del mes de marzo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Cesar Agusto Montes A.

Cédula: 1090477172

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: **JULIAN TASCON RAMIREZ**

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 29 Meses:
Peso (kg): 74
Talla (m): 1,81
Teléfono personal: 313 404 6154
Correo Electrónico: cristianguisteloarregui1996@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 14-03-2025
Ocupación: Empleado

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	NO
B	Madre	NO
C	Abuelo	NO
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	X
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	tiroides	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	NO
B	Rodilla	NO
C	Cadera	NO
D	Cuello	NO
E	Tobillo	NO
F	Codo	NO
G	Hombro	NO
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	levotiroxina	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	micro futbol	
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?	micro futbol	
¿Por qué?	me gusta	
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO César Augusto Mena



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.077.172
MUÑOZ AGUIRRE
APELLIDOS
CESAR AUGUSTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1995
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAR-2014 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

sto Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --456--

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con ofesional Nro. 1087560235 certifica que CESAR AUGUSTO MUÑOZ AGUIRRE identificado con CC Nro. 1090077172 os de edad.

VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN OS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE A INMEDIATA A URGENCIAS. ACTIVIDAD FISICA DEBE DE SER PROGRAMA Y AVALADA POR ESPECIALISTA EN TE SEGUN REQUERIMIENTOS Y CAPACIDAD DEL PACIENTE

on de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 14/03/2025 en la ciudad de BALBOA

ANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	MUÑOZ AGUIRRE CESAR AUGUSTO	Eps	ASMETSALUD EPS SAS
Identificacion	CC 1090077172	Fecha de Nac 28/02/1996	Edad 28 A Genero M
Direccion	CRA 4 4 48	Ciudad BALBOA	Barrio PUEBLO NUEVO Historia 1090077172
Etnia	Otras etnias		Zona U Fecha Atención 29/01/2025 15:20
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3224226318 - 0	Admision A139961	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

PACIENTE ASISTE A CONSULTA MEDICA DE CONTROL CON RESULTADOS DE PARACLINICOS TOMADOS EL 21-01-2025 DEL CUAL T4L: 1.28, TSH: 2.1, Y ACTUALIZAR ORDEN DE CITA CON MEDICINA INTERNA, TIENE ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 150 MCG X 1 Y EN SEGUIMIENTO CON MEDICINA INTERNA

REVISION POR SISTEMAS

NEGATIVO

ANTECEDENTES:

Familiares:

Patologicos: [NIEGA]
Quirurgicos: [NIEGA]
Toxicoalergicos: [NIEGA]
Medicamentos: [NIEGA]

EXAMEN FISICO

TA 100 / 70 mmhg FC 69 Min FR 20 Min T 36 °C SO 95% PESO 76.5 Kg Talla 161 Cm IMC: 23.35 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	NORMAL
CABEZA Y ORL	ESCLERAS ANICTERICAS , MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES Y/O PLACAS
CUELLO	MOVIL NO SE PALPAN MASAS Y/O ADENOPATIAS
TORAX	SIMETRICO NO DOLOROSO
CARDIO PULMONAR	SIN AGREGADOS PULMONARES , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE , NO DOLOROSO
GENITOURINARIO	NORMAL
OSTEOMUSCULAR	NO EDEMAS
EXTREMIDADES	PULSOS (+)
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT Y/O DETERIORO NEUROLOGICO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 E038 OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS

CONDUCTA PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTES, NI DE MANEJO HOSPITALARIO , SIN DETERIORO NEUROLOGICO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO , SE ACTUALIZA ORDEN DE CITA CONTROL MEDICINA INTERNA Y FORMULA MEDICA SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA DE RECONSULTA, SE EXPLICAN DEBERES Y DERECHOS COMO: EL PACIENTE EST OBLIGADO A TRATAR AL PERSONAL DE SALUD CON RESPETO, CORTESA Y LEALTAD, ASI COMO EL A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y HUMANIZADO, TIENE LA OBLIGACIN DE PROPORCIONAR INFORMACIN PRECISA Y COMPLETA SOBRE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE SU ASISTENCIA.

OBSERVACIONES NINGUNA



ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 272078/05

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10 Marzo 2025	Deporte:	
Nombre: Alexandra Molina Molina		
Edad: 43 años	Fecha Nacimiento: 13-dic-1981	Documento Identidad: 24512490
Dirección: Guimaral		
Barrio:	Estrato: 1	Teléfono: 3177007658
Rh: B+	Eps: Asmed	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento: No
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Alexandra Molina Molina

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 24512490

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	ALEXANDRA Molina.		**D.I.**
Edad: 43	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
23.5				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.65		
2	*Peso (kg)*	64		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	14.0		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	12.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	14.9		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	7.9		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	9		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Alexandra Molina Molina, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Alexandra Molina M

Nombre: Alexandra Molina M

Cédula: 24512495

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 3 **AÑO 2025**

Yo Alexandra Molina mayor de edad, con documento de ciudadanía Nº 24512440 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Alexandra Molina

Firma Deportista
C.C 24512440

ZITARAVIRA

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 10/3/25
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Alexandro Molina
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 43 Meses: 3 meses
Peso (kg): 64.5 Kg
Talla (m): 1.65
Teléfono personal: 3197003658
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico: 1/3/25
Ocupación: Caficultora

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	X
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si	X	
No		
Cuál?	Dolor de Rodilla	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	x
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	3

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Atletismo	
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si	X	
No		
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6 X	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Atletismo	
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30 X	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces X	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	X X X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO Alexandra Ochoa

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente MOLINA MOLINA ALEXANDRA **Eps** ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 24512440 **Fecha de Nac** 13/12/1981 **Edad** 43 A **Genero** F
Direccion LA FLORESTA **Ciudad** BALBOA **Barrio** LA FLORESTA **Historia** 24512440
Etnia Otras etnias **Zona** R **Fecha Atención** 01/03/2025 09:59
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3177007658 - 0 **Admision** A145024

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC " PARA EL CERTIFICADO PARA EL GIMNASIO "

EA: PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD, SIN AP DE BASE, SIN ALERGIAS. CONSULTA PARA REALIZAR CERTIFICADO PARA INGRESO A L GIMNASIO EN EL MOMENTO NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS CARDIOVASCULARES DE IMPORATACIA , NIEGA DOLOR PRECORDIAL , SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRDATIRA , NO DISNEA NO SINTOMAS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
ALERGICOS:NIEGA
TOXICOS: : NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO, NIEGA CONSUMO DE SPA, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO POR LA PACIENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO
TA 120 / 74 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 68.5 Kg Talla 167 Cm IMC 23.64 Normal

ASPECTO GENERAL Consciente SI Orientado SI Hidratado SI

NOTA

PIEL	HIDRATADA, EUTERMICA AL TACTO, SIN LESIONES EVIDENTES O ALTERACIONES DE LA COLORACION
CABEZA Y ORL	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO CONSENSUAL CONSERVADO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, AMIGDALAS EUTROFICAS, NO ERITEMA, NO PALCAS NI EXUDADOS, UVULA CENTRAL, FARINGE NORMAL, AGUDEZA VISUAL 20/20, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, SISTEMA ESTOMATOGNATICO SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROS, NO RIGIDOS, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN TIRAJES O RETRACCIONES, NO DOLOR A LA PALPACION
CARDIO PULMONAS	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO PERISTALTISMO NORMAL NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS
GENITOURINARIO	PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, SE OMITE EXAMEN GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
OSTEOMUSCULAR EXTREMIDADES	TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADO, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS MOVILES, PERFUSION DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMAS
NEUROLOGICOS	ALERTA GLASGOW 15 NO DEFITIC NEUROLOGICO, NO HAY FOCALIZACION, NO HAY SIGNOS MENINGEOS FUERZA MIEMBROS SUPERIORES 5/5 MIEMBROS INFERIORES 5/5 SENSIBILIDAD CONSERVADA REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS
DIAGNOSTICO 1 Z027 EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

CONDUCTA PACIENTE ADULTA JOVEN SIN AP PREVIOS DE IMPORTANCIA QUIEN EN ELMOEMNTO SE ENCUENTRA APTA PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICA GUIADA POR PERSONAL TECNICO APROPIADA PARA LA MISMA , EVITAR POSIBLES LESIONES Y DESARROLLAR ACTIVIDAD FISICA SEGURA SIN EXCEDER SU CAPACIDAD MEDIA

Usuario: WILSON DE JESUS CORREA AGUDELO **Impreso el:** 1/3/2025 10:32 www.portalsalud.com.co Pagina 1 de 2

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente MOLINA MOLINA ALEXANDRA Eps ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 24512440 Fecha de Nac 13/12/1981 Edad 43 A Genero F
Direccion LA FLORESTA Ciudad BALBOA Barrio LA FLORESTA Historia 24512440
Etnia Otras etnias Zona R Fecha Atención 01/03/2025 09:59
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3177007658 - 0 Admision A145024

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1088279766
Documento de identidad: 1088279766

Usuario: WILSON DE JESUS CORREA AGUDELO **Impreso el:** 1/3/2025 10:32 www.portalsalud.com.co Pagina 2 de 2


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 24.512.440

MOLINA MOLINA

ALEXANDRA

COL

1.65

F

13 DIC 1981

B+

BALBOA (RISARALDA)

29 FEB 2000, BALBOA

22 DIC 2032

REGISTRADOR NACIONAL


ICCOLD1148381862401 3<<<<<<<<<<
8112130F3212220COL24512440<<<2
MOLINA<MOLINA<<ALEXANDRA<<<<<<

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 10/03/2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Damaris Salazar Castilla.		
Edad: 28	Fecha Nacimiento: 02/09/1996	Documento Identidad: 1110.235308
Dirección: Guimaral		
Barrio:	Estrato: 1	Teléfono: 3175326459
Rh: A+	Eps: Asmetsalud	Puntaje sisben: A2
Enfermedades: ninguna.		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Damaris Salazar Castilla.
FIRMA DEPORTISTA
C.C.1110.235308

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	DAMARIS SALAZAR CASTILLA		**D.I.**
Edad: 28	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
26.1				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.54		
2	*Peso (kg)*	62		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	16.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	15.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	22.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	5.1		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Damaris Salazar C., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Damaris Salazar.

Nombre: Damaris Salazar

Cédula: 1110235308.

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Damaris Salazar. mayor de edad, con documento de ciudadania N° 1110235308 y domicilio en _____, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Damaris Salazar.
Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRA

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 10-01-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Damaris Salazar.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 28 Meses:
Peso (kg): 67.6
Talla (m): 1.54
Teléfono personal: 3115326459
Correo Electrónico: damarissalazar@gmail.com
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Ama de casa

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		
No	X	
Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? Imarque con una X)	

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?
Si	X
No	
¿Cuál?	Microfutbol salon
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?
Si	X
No	
¿Cuál?	
13	¿Cómo fue la experiencia?
A	Buena X
B	Regular
C	Mala
	¿Por qué?:
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?
Si	X
No	
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?
A	De 1 a 3
B	De 4 a 6 X
C	7
17	¿Practica algún deporte?
Si	
No	
¿Cuál?	
¿Por qué?	
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?
A	10-20 X
B	20-30
C	30 o +
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?
Si	
No	X
¿Cuál?	
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?
Si	
No	X
¿Cuál?	
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?
Si	X
No	
¿Por qué?	
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?
A	1 vez a la semana
B	2 veces a la semana
C	3 o más veces X
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?
Si	X
No	
¿Por qué?	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS
A	Aumentar su resistencia cardiaca X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)
C	Disminuir el índice de masa grasa X
D	Tonificar X
E	Sentirse mejor X
F	Fortalecimiento de los huesos X
G	Mejora del estado de ánimo
H	Otro ¿Cuál?

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Damaris Salazar



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.235.308
SALAZAR CASTILLA

APELLIDOS
DAMARIS

NOMBRES
Damaris Salazar

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1996
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

21-OCT-2014 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --428--

scribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con arjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que DAMARIS SALAZAR CASTILLA identificada con CC Nro. 1110235306 con 28 ios de edad.

O PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE ODERADA A ALTA INTENSIDAD. SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE A EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 14/02/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

EOMUSCULAR	SIN ALTERACION
REMIDADES	SIN ALTERACION
ROLOGICOS	SIN ALTERACION

AGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z003 EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

CONDUCTA

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL ASINTOMATICO, CUMPLE LOS PATRONES DE CRECIMIENTO PARA LA EDAD, SIN OBESIDAD, SIN SOBREPESO O BAJO PESO. NO SE IDENTIFICAN RIESGOS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO NI RIESGO DE MALTRATO, NO PRESENTA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, NO ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIN SEXUAL, NO CONSUMO DE TXICOS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, ACADMICAS Y FAMILIARES. NO SNTOMAS DEPRESIVOS NI DE OTRAS PATOLOGAS MENTALES. FUNCIONES DE LA ARTICULACION, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES. VALORACION DEL DESARROLLO:FUNCIONES COGNITIVAS, IDENTIDAD, AUTONOMIA SIN ALTERACIONES. NO PRESENTA HALLAZGOS PATOLGICOS AL EXAMEN FSICO.

SE BRINDA EDUCACIN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SE INFORMA SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIN FAMILIAR DE ESTA INSTITUCIN, SALUD ORAL, ADEMS SALUD MENTAL. SE BRINDA ASESORA EN EVITAR CONSUMO DE TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CIGARRILLO O ALCOHOL. SE FOMENTA LA REALIZACIN DE DEPORTE O CUALQUIER ACTIVIDAD FSICA, ALIMENTACIN SALUDABLE, BAJO CONSUMO DE AZCARES, GRASA Y SAL. PACIENTE AFIRMA ENTENDER, ACEPTA MANEJO.

OBSERVACIONES PACIENTE QUIEN NIEGA PATOLOGIAS DE BASE, NIEGA PATOLOGIAS MUSCULOESQUELETICAS, NO PRESENTA LIMITACION PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE DA CERTIFICADO PARA EL GYM

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

CERTIFICADO MÉDICO - A149572

Suscribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1090076218 certifica que DAMARIS SALAZAR CASTILLA identificada con CC Nro. 1110235308 con 28 años de edad.

PACIENTE QUIEN NIEGA PATOLOGIAS DE BASE, NIEGA PATOLOGIAS MUSCULOESQUELETICAS, NO PRESENTA LIMITACION PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE DA CERTIFICADO PARA EL GYM

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 28/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 6-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --477--

Suscribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1090076218 certifica que DAMARIS SALAZAR CASTILLA identificada con CC Nro. 1110235308 con 28 años de edad.

PACIENTE QUIEN NIEGA PATOLOGIAS DE BASE, NIEGA PATOLOGIAS MUSCULOESQUELETICAS, NO PRESENTA LIMITACION PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE DA CERTIFICADO PARA EL GYM

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 28/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 27 de marzo de 2025		Deporte:
Nombre: Maria del Socorro Agudelo Palacio		
Edad: 63 años	Fecha Nacimiento: 23 - Nov. 1961	Documento Identidad: 25213125
Dirección: Vereda Cristales Sector La Contaduria		
Barrio:	Estrato: 1	Teléfono: 3117949425
Rh: O+	Eps: Fomag	Puntaje sisben:
Enfermedades: Hipertensión, Cardiopatía leve, artrosis.		Toma Algún Medicamento: Losartan de 50mg
¿Es víctima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Maria del Socorro Agudelo		**D.I.**
Edad: 63	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	27-03-2023		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
24.4				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.58		
2	*Peso (kg)*	61		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	17.5		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	16.3		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	15.7		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	N.I		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.0		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.0		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS		

DIA 27 MES 03 AÑO 2025

Yo Mariadel Socorro Agudelo P. mayor de edad, con documento de ciudadania N° 25213125 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, María del Socorro Agudelo P., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 27 del mes de marzo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: María del Socorro Agudelo P.

Cédula: 25213125

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
ODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
ECHA DE APLICACIÓN: 27-01-2025
ROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
* FICHA:
ENTRO: ZITARAVIRA
BJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
OMBRE DEL EVALUADO: MARIA DEL SOCORRO AGUDELO PALACIO
OMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 63 Meses: 04
Peso (kg): 61.05 Kg.
Talla (m): 1.58 mts
Teléfono personal: 3117949425
Correo Electrónico: seguito231161@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 25 de enero de 2025
Ocupación: Pensionado

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	Losartan de 50 mg	
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)** 3 Veces	X

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?: Mejoramiento total del estado de ánimo y de las patologías que poseo	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		X
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	X
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?	Leo con frecuencia	
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?	Se que es necesario	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardíaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 25.213.125
AGUDELO PALACIO
APELLIDOS
MARIA DEL SOCORRO
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1961
SUPIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-SEP-1980 SUPIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-2401300-00676600-F-0025213125-20180214 0059514775A 1 4836948

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Rivera/da

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	AGUDELO PALACIO MARIA DEL SOCORRO		Eps	FIDUCIARIA LA PREVISORA SA	
Identificacion	CC 25213125	Fecha de Nac 23/11/1961	Edad	63 A Genero F	
Direccion	SECTOR LA CONTRATA	Ciudad BALBOA	Barrio	CRISTALES	Historia 25213125
Etnia	Otras etnias		Zona	R	Fecha Atención 04/02/2025 11:56
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3117949425 - 0	Admision A140653			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

"VENGO PARA UN CERTIFICADO MEDICO"

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS, CON AP DE HTA Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO CON LOSARTAN 50 GM AL DIA, CONSULTA PARA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO PARA IGNRESAR AL GIMNASIO A REALZIAR ACTIVIDADA FISICA. EN EL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICA, NIEGA DOLOR PRECORDIAL NIEGA CEFALEA, NIEGA ALTERACIONES VISUALES, NIEGA SINCOPE, NIEGA DISNEA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

REVISION POR SISTEMAS

REFERIDO POR LA PAICENTE

ANTECEDENTES:

Familiares:	[MADRE HTA Y DM]
Quirurgicos:	[HISTERECTOMIA]
Ginecologicos:	[G2A1P1V0]

EXAMEN FISICO

TA 138 / 76 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36.2 °C SO 97% PESO 61 Kg Talla 155 Cm IMC: 25.39 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES APARENTES, SIN ICTERICIA, SIN CIANOSIS, SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION, SIN LESIONES APARENTES
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALICO, SIN ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS DE TAMAÑO NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION
CUELLO	MOVIL CENTRADO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI TIRAJES
CARDIO PULMONAR	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO. NO SE AUSCULTAN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVA
OSTEOMUSCULAR	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
EXTREMIDADES	SIN EDEMAS, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION , SIN ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15/15 ROT ++/++++

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA

PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS, CON AP DE HTA Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO CON LOSARTAN 50 GM AL DIA, CONSULTA PARA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO PARA IGNRESAR AL GIMNASIO A REALZIAR ACTIVIDADA FISICA. EN EL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICA, NIEGA DOLOR PRECORDIAL NIEGA CEFALEA, NIEGA ALTERACIONES VISUALES, NIEGA SINCOPE, NIEGA DISNEA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE SIN HALLAZGOS POSITIVOS. SE ENCUENTRA APTA PARA REALZIAR EJERCICIO FISICO DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD.

Jorge Arcila H.

JORGE ANDRES ARCILA HERRERA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1088278766

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11 - 03 - 25		Deporte: Gimnasio.
Nombre: Viviana Andrea Agudelo Velasquez		
Edad: 41	Fecha Nacimiento: 02 abril 1983	Documento Identidad: 42152160
Dirección: Calle 4 # 3-02 Barrio Pueblo Nuevo		
Barrio: Pueblo Nuevo	Estrato: 2	Teléfono: 3108850471
Rh: O+	Eps: Salud Total	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Viviana Andrea Agudelo
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 42152160

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	VIVIANA ANDREA AGUDELO		**D.I.**
Edad: 41	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	11-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
25.8				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.55		
2	*Peso (kg)*	62		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	21.5		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	18.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	13.4		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	10.6		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.2		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.7		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Viviana Andrea Agudelo U. con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Viviana Andrea Agudelo

Nombre: Viviana Agudelo

Cédula: 42152160

ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE** ***ZITARAVIRA***	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 11 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Vivaana Andrea Agudelo mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 42152160 y domicilio en Balboa Risaralda por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Vivaana Andrea Agudelo
Firma Deportista
C.C 42152160

ZITARAVIRA

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 11-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: YIVIANA ANDREA AGUDELO
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 41	Meses: 11
Peso (kg): 62	
Talla (m): 1.55	
Teléfono personal: 3108850971	
Correo Electrónico: luisacardona231@gmail.com	
Cuándo fue su último control médico: 01-03-2025	
Ocupación: Independiente	

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		
~~No~~		
Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
~~B~~	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
Si		
~~No~~		
¿Cuál?		
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
~~No~~		
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
~~No~~		
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? Imarque con una X)	

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?
Si	
NO	
¿Cuál?	
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?
SI	
No	
¿Cuál?	
13	¿Cómo fue la experiencia?
A	Buena
B	Regular
C	Mala
	¿Por qué?:
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?
SI	
No	
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?
A	De 1 a 3
B	De 4 a 6
C	7
17	¿Practica algún deporte?
Si	
NO	
¿Cuál?	
¿Por qué?	
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?
A	10-20
B	20-30
C	30 o +
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?
Si	
NO	
¿Cuál?	
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?
Si	
NO	
¿Cuál?	
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?
SI	
No	
¿Por qué?	
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?
A	1 vez a la semana
B	2 veces a la semana
C	3 o más veces
23	¿Hidrata antes, durante y despues de realizar ejercicio?
SI	
No	
¿Por qué?	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS
A	Aumentar su resistencia cardiaca
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)
C	Disminuir el índice de masa grasa
D	Tonificar
E	Sentirse mejor
F	Fortalecimiento de los huesos
G	Mejora del estado de ánimo
H	Otro ¿Cuál?

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Juliana Agudelo

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE PACIENTE: BIBIANA ANDREA AGUDELO VELÁSQUEZ.

DOCUMENTO: CC 42152160

EDAD: 41 AÑOS

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN CONSULTA PARA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO EL CUAL REQUIERE PARA INGRESO AL GIMNASIO. REFIERE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. NIEGA FIEBRE, CEFALEA, NAUSEAS, VÓMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR PRECORDIAL, DOLOR ABDOMINAL, DIARREA, SINTOMAS URINARIOS, EDEMAS, DOLORES OSTEOMUSCULARES.

PESO: 62 KG TALLA: 1.55 MTS TA: 120/80 MMHG FC: 75 LPM FR: 18 RPM

NORMOCEFALA, PINR ESCLERAS ANICTERICAS, FARINGE NO CONGESTIVA, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE AMBOS CAMPOS BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASAS NI MEGALIAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS.

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, AFEBRIL, HIDRATADA. ASINTOMATICA., SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO. PACIENTE SIN CONTRAINDICACIONES PARA ASISTIR A GIMNASIO. SE EXPIDE CERTIFICADO MÉDICO A SOLICITUD DEL INTERESADO.

Yelis J Grajales Z.

YELIS JOHANNA GRAJALES ZAPATA

MÉDICA UTP.

RM 1086279529

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

42.152.160

NUMERO

AGUDELO VELASQUEZ

APELLIDOS

BIBIANA ANDREA

NOMBRES



Bibiana Andrea Agudelo

FIRMA

Scanned with CamScanner



02-ABR-1983

FECHA DE NACIMIENTO

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

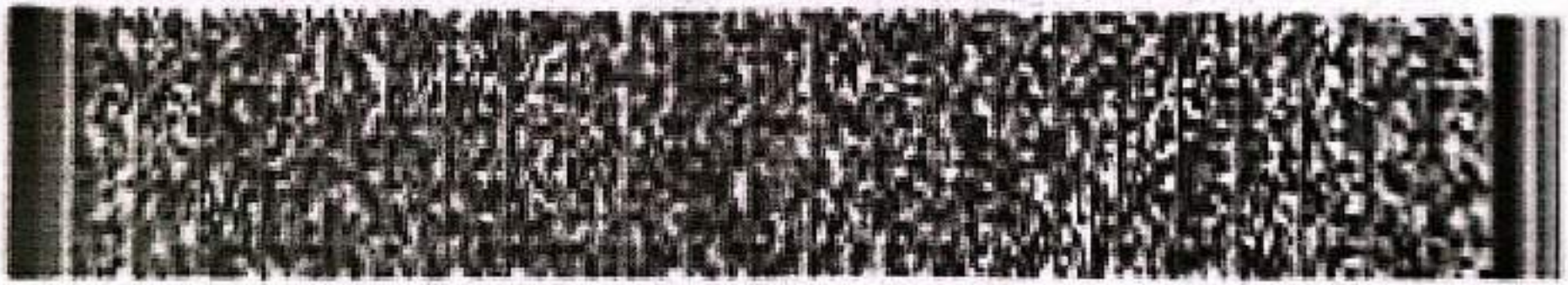
F SEXO

11-ABR-2001 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



R-2401300-54153781-F-0043152160-20070828 0036807230H 01 1690307096

Scanned with CamScanner

E.S.E Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --478--

---

oe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta
ional Nro. 1090076218 certifica que BIBIANA ANDREA AGUDELO VELASQUEZ identificada con CC Nro. 42152160 con 41
le edad.

ENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY PARA SOLICITAR CERTIFICADO PARA EL GYM , PACIENTE
ATOLOGIAS DE BASE, SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES QUE LE IMPIDAN REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

icion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 29/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

ente AGUDELO VELASQUEZ BIBIANA ANDREA — Eps SALUD TOTAL SUBSIDIADO MORBILIDAD
tificacion CC 42152160 — Fecha de Nac 02/04/1983 — Edad 41 A *Genero* F
ccion VIA PUEBLO NUEVO # — Ciudad BALBOA — Barrio PUEBLO NUEVO — Historia 42152160
a Otras etnias — Zona U — Fecha Atención 29/03/2025 14:25
po Poblacional Otro Grupo poblacional
fono 3106850471 - 0 — Admision A149886

OTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

ARA EL CERTIFICADO PARA EL GYM
PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY PARA SOLICITAR CERTIFICADO PARA IR AL GYM , PACIENTE SIN PATOLOGIAS DE BASE, SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES QUE LE IMPIDAN REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: POMEROY, CAUTERIZACION EN CUELLO UTERINO
ALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
GINECOLOGICOS: PLANIFICACION POMEROY

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 128 / 84 mmhg — FC 79 Min — FR 18 Min — T 36 °C — SO 98% — PESO 67 Kg — Talla 155 Cm — IMC: 27.89 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno — Conciente Si — Orientado Si — Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA

PACIENTE QUE ASISTE A VALORACION DEL ADULTO MAYOR, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, NO CONDUCTAS DE RIESGO, PACIENTE QUE CUENTA CON APOYO FAMILIAR.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, NO HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR, NO DOLOR ABDOMINAL NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.

PLAN
SS PARACLINICOS DEL ADULTO

SE DA EDUCACION EN SALUD, CONSUMIR ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS, ABUNDANTE AGUA, NO FUMAR, NO CONSUMIR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL Y AZUCARES, ADEMAS DE GRASAS Y AZUCARES REFINADOS, SE LE INDICA ADEMAS REALIZAR MINIMO 150 MINUTOS DE EJERCICIO AL DIA, PACIENTE AFIRMA ENTENDER, ACEPTA MANEJO.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO QUE SE VALLA A BRAZOS, CUELLO O MANDIBILA, GASTRITIS INTENSA, EDEMA EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DOLOR DE TODA LA CABEZA, VER LUCES, ESCUCHAR PITOS EN LOS OIDOS, VISIN BORROSA, DESVIACION DE LA BOCA, HABLAR INCOHERENCIAS, PERDIDA DE FUERZA.

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	AGUDELO VELASQUEZ BIBIANA ANDREA	**Eps**	SALUD TOTAL SUBSIDIADO MORBILIDAD
Identificacion	CC 42152160 **Fecha de Nac** 02/04/1983	**Edad**	41 A *Genero* F
Direccion	VIA PUEBLO NUEVO # **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	PUEBLO NUEVO **Historia** 42152160
Etnia	Otras etnias	**Zona**	U **Fecha Atención** 29/03/2025 14:25
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3108650471 - 0 **Admision** A149886		

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

PARACLINICOS

Enviado por: DIANA YICELA ORTIZ MESA

Codigo:	907106	UROANALISIS	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903841	GLUCOSA (GLICEMIA) (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903815	COLESTEROL HDL	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903816	COLESTEROL LDL	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903868	TRIGLICERIDOS	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	903818	COLESTEROL TOTAL	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	
Codigo:	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA - HEMATOCRITO - LEUCO(	**Cantidad**	1
Observacion:			**Fecha de Envio**	

Medico: DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

nte	AGUDELO VELASQUEZ BIBIANA ANDREA	Eps	SALUD TOTAL SUBSIDIADO MORBILIDAD
ntificacion	CC 42152160 Fecha de Nac 02/04/1983	Edad	41 A Genero F
rección	VIA PUEBLO NUEVO # Ciudad BALBOA	Barrio	PUEBLO NUEVO Historia 42152160
gnia	Otras etnias	Zona	U Fecha Atención 29/03/2025 14:25

Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3108650471 - 0 Admision A149886

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: Marzo 10-2025		Deporte: Gimnasio
Nombre: Angela María Sánchez Anstizabal		
Edad: 39	Fecha Nacimiento: 11-10-1985	Documento Identidad: 1057782151
Dirección: vía al Cementerio		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3114198672
Rh: AB+	Eps: Asmetsalud	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Angela María Sánchez Anstizabal
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1057782151

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	ANGELA Mª SANCHEZ.		**D.I.**
Edad: 34	**Sexo:**	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	10-07-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
2.50				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.60		
2	*Peso (kg)*	64.1		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	17.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	16.2		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	19.5		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	7.8		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Angela Mª Sánchez, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 10 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Angela S.

Nombre: Angela Mª Sánchez

Cédula: 1057782151

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 10 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Anaela Mª Sánchez mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1057782151 y domicilio en vía al cementerio por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Anaela Mª Sánchez
Firma Deportista
C.C 1057782151

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Aneth María Sánchez Arstizabal
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 39	Meses:
Peso (kg): 64	
Talla (m): 1.60	
Teléfono personal: 3114198677	
Correo Electrónico: mariaaranstizabalsanchez@gmail.com	
Cuándo fue su último control médico:	marzo 6 - 2025
Ocupación:	Ama de casa

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	/	X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?: He sentido mi progreso y lo he visto y por que me gusta la exigencia para ver los resultados.	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
Si		X
No		
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	X
B	20-30	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
No		X
¿Cual?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	X

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Ángela Mª Sánchez



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.057.782.151
SANCHEZ ARISTIZABAL
APELLIDOS
ANGELA MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1985
MANZANARES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO
20-MAR-2004 MANZANARES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --437--

El suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que ANGELA MARIA SANCHEZ ARISTIZABAL identificada con CC Nro. 1057782151 con 39 años de edad.

SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD. SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 06/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	SANCHEZ ARISTIZABAL ANGELA MARIA		**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD	
Identificacion	CC 1057782151	**Fecha de Nac** 11/10/1985	**Edad**	39 A **Genero** F	
Direccion	VIA AL CEMENTERIO	**Ciudad** BALBOA	**Barrio**	LA CRUZ	**Historia** 1057782151
Etnia	Otras etnias		**Zona**	U	**Fecha Atención** 06/03/2025 11:49
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3114109677 - 0	**Admision** A146045			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: " DOS CONSTAS "

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA CON MANEJO FARMACOLOGICO SUSPENDIDO SIN INDICACIÓN MEDICA SIN CONTROLES DESDE EL AÑO 2023, ACUDE HOY REFIRIENDO DESDE HACE VARIOS MESES CON SENSACION DE ARDOR OCULAR, SENSACION DE OJO SECO, VE BIEN DE LEJOS Y CERCA, ALGUNAS OCASIONES CON VISION BORROSA, ADEMAS REQUIRE DE CERTIFICACION MEDICA PARA REALIZAR DEPORTE EN GIMNASIO. NIEGA OTRO TIPO DE SINTOMAS.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: DISLIPIDEMIA (TRATAMIENTO INDICADO SUSPENDIDO SIN INDICACION MEDICA)
FARMACOLOGICOS: NIEGA.
ALERGICOS: NIEGA.
QUIRURGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL, POMEROY, DOS CESAREAS.
TOXICOS: NIEGA CONSUMO DE SPA, NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL.
CITOLOGIA: 2021

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 115 / 60 mmhg FC 85 Min FR 19 Min T 36.2 °C SO 96% PESO 65.5 Kg Talla 160 Cm IMC 25.58 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno **Consciente** Si **Orientado** Si **Hidratado** Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACIONES
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIN ALTERACIONES
TORAX	SIN ALTERACIONES
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACIONES
ABDOMEN	SIN ALTERACIONES
GENITOURINARIO	SIN ALTERACIONES
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
EXTREMIDADES	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H533	OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR
DIAGNOSTICO 2	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA CON MANEJO FARMACOLOGICO SUSPENDIDO SIN INDICACION MEDICA SIN CONTROLES DESDE EL AÑO 2023, ACUDE HOY REFIRIENDO DESDE HACE VARIOS MESES CON SENSACION DE ARDOR OCULAR, SENSACION DE OJO SECO, VE BIEN DE LEJOS Y CERCA, ALGUNAS OCASIONES CON VISION BORROSA, ADEMAS REQUIRE DE CERTIFICACION MEDICA PARA REALIZAR DEPORTE EN GIMNASIO. NIEGA OTRO TIPO DE SINTOMAS. HOY CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL, SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA Y SE DA CERTIFICACION MEDICA, SE PARACLINICOS DE CONTROL

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente SANCHEZ ARISTIZABAL ANGELA MARIA — Eps ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 1057782151 — Fecha de Nac 11/10/1985 — Edad 39 A Genero F
Direccion VIA AL CEMENTERIO — Ciudad BALBOA — Barrio LA CRUZ — Historia 1057782151
Etnia Otras etnias — Zona U — Fecha Atención 06/03/2025 11:49
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3114109677 - 0 — Admision A146045

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1057560235
Documento de identidad: 1057560235

PARACLINICOS

Enviado por: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Codigo:	902901	CITOLOGIA VAGINAL FUNCIONAL (CDA MUESTRA)	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903815	COLESTEROL HDL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903816	COLESTEROL LDL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903818	COLESTEROL TOTAL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903895	TRIGLICERIDOS	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903841	GLUCOSA (GLICEMIA) (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	

Medico: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1057560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 09/03/2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Nicholas Álvarez Tascón		
Edad: 25	Fecha Nacimiento: 28/02/2000	Documento Identidad: 1004791165
Dirección: Diagonal 10 #10-46		
Barrio: Fabio Valencia	Estrato: 3	Teléfono: 3122309084
Rh: O+	Eps: Nueva E.P.S	Puntaje sisben: C5
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Nicholas

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1004791165

Julian Tascón
NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	NICHOLAS ALVAREZ PASCON			**D.I.**
Edad: 25	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	09-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
21.3				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	176		
2	*Peso (kg)*	66		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	5.6		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	14.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	15.0		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.0		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.4		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRA	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 09 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Nicholas Álvarez Tascón mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1004799165 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 1004799165

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ" CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA NIT. 900291945-7	MUNICIPIO DE BALBOA

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Nicholas Álvarez Tascón, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 09 del mes de Mayo del año 2025.

Firma: Nicholas 28/11

Nombre: Nicholas Álvarez Tascón

Cédula: 1004791165

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 09/03/2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Nicholas Alvarez Tascón
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 25 Meses:
Peso (kg): 66
Talla (m): 1.96
Teléfono personal: 3122309084
Correo Electrónico: nicco2628@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 22/02/2025
Ocupación:

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

EXTREMIDADES SIN ALTERACIÓN

3 veces

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		X
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	Baloncesto	
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?	Carne de cerdo, huevos, mantequilla, queso y leche.	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	X
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?	No tengo el hábito de tomar agua.	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Nicholas ER


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.004.791.165
ALVAREZ TASCON
APELLIDOS
NICHOLAS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-2000
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
20-MAR-2018 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ TASCON NICHOLAS			**Eps**	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO PYP		
Identificacion	CC 1004791165	**Fecha de Nac**	28/02/2000	**Edad**	25 A **Genero** M		
Direccion	DIAGONAL 10 N 10 46	**Ciudad**	BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA	**Historia**	1004791165
Etnia	Otras etnias			**Zona**	U	**Fecha Atención**	01/03/2025 09:56
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional						
Teléfono	3122309084 - 0	**Admision**	A145038				

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PARA CONTROL DEL JOVEN
PACIENTE DE 25 AÑOS, PROCEDENTE DE AREA URBANA, CURSO DE VIDA JUVENTUD, ASISTE SIN ACOMPAÑANTE, SIN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, CONSULTA PARA ATENCION DE DESARROLLO DEL JOVEN. REFIERE ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR. PACIENTE REFIERE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO REFIEREN NINGUNA SINTOMATOLOGIA ACTUAL. NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, QUIRURGICOS, ALERGICOS, FARMACOLOGICOS Y/O TOXICOLOGICIOS. PACIENTE VIVE CON PADRES Y HERMANO, REFIEREN BUENAS RELACIONES FAMILIARES, SIN EPISODIOS DE ESTRS O ALTA TENSION RECURRENTE, EN EL MOMENTO TERMINO ESTUDIOS UNIVERSITARIOS, MADRE REFIERE BUEN DESEMPEÑO ACADEMICO. NIEGA INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

PARACLINICOS: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

ANTECEDENTES:

Familiares:

REVISION SISTEMAS

NIEGA(PRECORDALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA (TOS, EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL URGENIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERCOLOREADAS FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS VOMITOS, DIARREA, PIROSIS, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA MIALGIAS GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SINTOMAS: (MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGIA

EXAMEN FISICO

TA	90 / 60 Mmhg	**FC**	74 Min	**FR**	19 Min	**T**	36.9 °C	**SO**	95 %	**Peso**	66 Kg	**Talla**	174 Cm	**IMC:**	21.8 N
PB	29 Cm	**PT**	93 Cm	**PA**	79 Cm										

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

Nota	
	EUTERMICA AL TACTO, SIN LESIONES EVIDENTES O ALTERACIONES DE LA COLORACION
Cabeza y ORL	NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, FONDO DE OJO SIN ALTERACION, RINOSCOPIA ANTERIOR SIN ALTERACIONES, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA, OROFARINGE SIN ERITEMAS, NI PLACAS. OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACION
Cuello	MOVIL SIN PRESENCIA DE MASAS NI ADENOPATIAS, TRAQUEA CENTRADA, SIN INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES, PULSOS CAROTIDEOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD
Torax	DIAMETRO AP NORMAL, TORAX NORMOEXPANSIVO, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES NI RETRACCIONES. SATURACION DE OXIGENO: 98% AL AIRE AMBIENTE
Cardio Pulmona	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO, SIN AGREGADOS
Abdomen	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE
Genito Urinario	PUÑOPERCUSION RENAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, SE OMITE EF GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
Osteomuscular	ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, SIN DEFORMIDADES, NORMOTONICO. EUTROFISMO, NORMOTONIA, SIN COMPROMISO EN ARCOS DE MOVIMIENTO, NO ALTERACIONES EN PALPACION DE ARTICULACIONES
Extremidades	MOVILES, EUTROFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG
Neurologicos	ALERTA, ORIENTADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACION, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, PUPILAS ISOCORICAS, ISOREACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTANEOS, FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJOS ++/+++ SIMETRICOS, SIN FOCALIZACIONES NI SIGNOS MENINGEOS

DIAGNOSTICOS

Dx 1 Z008 OTROS EXAMENES GENERALES

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Rivralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ALVAREZ TASCON NICHOLAS			**Eps**	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO PYP		
Identificacion	CC 1004791165	**Fecha de Nac**	28/02/2000	**Edad**	25 A	**Genero**	M
Direccion	DIAGONAL 10 N 10 46	**Ciudad**	BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA	**Historia**	1004791165
Etnia	Otras etnias			**Zona**	U	**Fecha Atención**	01/03/2025 09:56
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional						
Teléfono	3122309084 - 0	**Admision**	A145038				

Conducta

PACIENTE DE 25 AÑOS, PROCEDENTE DE AREA URBANA, CURSO DE VIDA JUVENTUD, ASISTE SIN ACOMPAÑANTE, SIN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA, CONSULTA PARA ATENCION DE DESARROLLO DEL JOVEN. REFIERE ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR. PACIENTE REFIERE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO REFIEREN NINGUNA SINTOMATOLOGIA ACTUAL. NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, QUIRURGICOS, ALERGICOS, FARMACOLOGICOS Y/O TOXICOLOGICOS. PACIENTE VIVE CON PADRES Y HERMANO, REFIEREN BUENAS RELACIONES FAMILIARES, SIN EPISODIOS DE ESTRS O ALTA TENSION RECURRENTE. EN EL MOMENTO TERMINO ESTUDIOS UNIVERSITARIOS. MADRE REFIERE BUEN DESEMPEÑO ACADEMICO. NIEGA INICIO DE RELACIONES SEXUALES.
. EN EL MOMENTO ASINTOMATICO. ACTUALMENTE EN CONTEXTO REFERIDO. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, qSOFA: 0, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO. A LA PALPACION DE ABDOMEN NO SE ENCUENTRAN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NI OTRA ALTERACION QUE AMERITE MANEJO URGENTE, SE REQUIERE:

PLAN:
SE DAN RECOMENDACIONES: ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y AUTOEXAMEN DE TESTICULO
SE DAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTA POR URGENCIAS

Se realizó lavado de manos según las recomendaciones de la OMS en los cinco momentos, en técnica y duración. Además, se utilizan equipos de protección personal y las medidas de protección del paciente, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

ELKIN CATAÑO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 10138653
Documento de identidad: 10138653

EXTREMIDADES SIN ALTERACION

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --434--

Suscribe ELKIN CATAÑO Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 10138653 certifica que NICHOLAS ALVAREZ TASCON identificado con CC Nro. 1004791165 con 25 años de edad.

NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA U OTRA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 01/03/2025 en la ciudad de BALBOA

ELKIN CATAÑO
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 10138653

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE BALBOA

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 9-03-2025	Deporte: Actividad Fisica	
Nombre: Elida Tascón Ramirez		
Edad: 50	Fecha Nacimiento: 03/10/1974	Documento Identidad: 66924968
Dirección: Diagonal 10 # 10-46		
Barrio: Fabio Valencia	Estrato: 3	Teléfono: 3105052301
Rh: O+	Eps: Nueva EPS.	Puntaje sisben: C5
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Elida Tascón Ramirez
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 66924968

Julian Tascón
NOMBRE DEL MONITOR (A)

VASCULAR SIN ALTERACION
EXTREMIDADES SIN ALTERACION

3 veces

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	ELIDA JASON RAMIREZ		**D.I.**
Edad: 50	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	09-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
26.4				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.64		
2	*Peso (kg)*	71		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	17.3		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	13.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	19.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.8		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.9		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{peso}{Talla^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 9 MES 3 AÑO 2025

Yo Elida Tascón R. mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 66924968 y domicilio en Balboa, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Elida Tascón R.
Firma Deportista
C.C 66924968

OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION
EXTREMIDADES SIN ALTERACION

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Elida Tascón R., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 9 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Elida Tascón R

Nombre: Elida Tascón R.

Cédula: 66924968

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CÓDIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 09-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patplógicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Elida Tascón Ramirez
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 50 Meses: 6
Peso (kg): 71.4
Talla (m): 1.64
Teléfono personal: 3105052301
Correo Electrónico: elidatascon@hotmail.com
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Coordinadora de Oficina

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

VASCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		X
No		
¿Cuál?	Carne, lacteos.	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Elida Tuesca R





GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2024-11-12

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	GRUPO EMPRESARIAL AURORA S.A.S. BIC	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	ELIDA TASCON RAMIREZ	Documento:	CC 66924968
Fecha de nacimiento:	1974-10-03	Lugar de nacimiento:	PUEBLO RICO (RISARALDA)
Edad:	50 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	BALBOA	Municipio:	BALBOA
Teléfono:	3105052301	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	Coordinador de Oficina Grupo	EPS:	Nueva EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	Colmena
Responsable**:	MIRIAM (HERMANA)	Teléfono:	3137580969
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

Trabajador indica estar vacunado con 2 dosis para COVID 19, no recuerda nombre de la vacuna, no aporta carnet.

UEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometria: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Espirometria computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ELIDA TASCON RAMIREZ con documento de identificación No. 66924968 se considera es satisfactorio

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como CASO SINTOMÁTICO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.
2. Solicitar en su entidad de salud valoración de su sintomatología osteomuscular referida.
3. Continuar en su entidad de salud el plan de manejo y seguimiento de su condición gastrica.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIO

FASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Gloria Esperanza Segura Pinilla

GLORIA ESPERANZA SEGURA PINILLA
Medico General
T.P. 1068290769/2015
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad Santiago de Cali
Resolución 1813/2022

Elida Tascon R

Firma para Identificación de usuario
ELIDA TASCON RAMIREZ
Documento: 66924968

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección

GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

al) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los tores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del bajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen mún, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO EDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 40 No. 11-03 Local 13 Centro Comercial Panorama **PBX: 336 6978**
www.humanos.co info@humanos.co

Impreso por:
Fecha: 2024-11-30 Hora: 10:56

GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

humanos

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES
Derivadas de la valoración Ocupacional de Control
Fecha: 2024-11-12

En atención al Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por HUMANOS S.A.S. como proveedor de evaluaciones ocupacionales en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en el presente documento le hacemos entrega de las Recomendaciones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Recuerde presentar la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:	ELIDA TASCON RAMIREZ	Documento:	CC 66924968
Fecha de nacimiento:	1974-10-03	Lugar de nacimiento:	PUEBLO RICO (RISARALDA)
Edad:	50 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	BALBOA	Municipio:	BALBOA
Teléfono:	3105052301	Escolaridad:	Tecnico_completo
Responsable:	MIRIAM (HERMANA)	Teléfono:	3137580969

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.
2. Solicitar en su entidad de salud valoración de su sintomatología osteomuscular referida.
3. Continuar en su entidad de salud el plan de manejo y seguimiento de su condición gastrica.

RESPONSABLE DEL SG-SST DE LA EMPRESA:

Nombre: Martha Rojas Higuita

Empresa: GRUPO EMPRESARIAL AURORA S.A.S. BIC

DATOS DEL MÉDICO QUE REALIZÓ LA EVALUACIÓN:

GLORIA ESPERANZA SEGURA PINILLA
Medico General
T.P. 1088290769/2015
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad Santiago de Cali
Resolución 1813/2022

RECIBIDO POR EL TRABAJADOR:

Firma:

Calle 40 No. 11-03 Local 13 Centro Comercial Panorama **PBX: (574) 336 6978**
www.humanos.co info@humanos.co

Impreso por:
Fecha: 2024-11-30 Hora: 10:56

GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
[illegible]	[illegible]

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE PYP

Paciente	TASCON RAMIREZ ELIDA			**Eps**	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO PYP		
Identificacion	CC 66924968	**Fecha de Nac**	03/10/1974	**Edad**	50 A **Genero** F		
Direccion	DIAGONAL 10 10 46	**Ciudad**	BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA	**Historia**	66924968
Etnia	Otras etnias			**Zona**	U	**Fecha Atención**	16/01/2025 17:(
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional						
Teléfono	3105052301 - 0	**Admision**	A137935				

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: CONTROL DEL ADULTO MAYOR
EA: PACIENTE DE 50 AÑOS ASINTOMATICO. NIEGA DOLOR EN EL PECHO, DISNEA. DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA. MIEMBROS INFERIORES, NIEGA OTROS SINTOMAS. NIEGA TOS CON EXPECTORACION POR MAS DE 15 DIAS Y CONTACTO C CON TUBERCULOSIS

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLOGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: OOFORECTOMIA Y DE LIPOMA ABDOMINAL
TOXICOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NO REFIERE
GINECOOBSTETRICOS: FUM: CICLOS IRREGULARES, MENARCA: 15 AÑOS SEXARCA 18 AÑOS. G: 2 P:2 A: 0 C:0 V:2

ANTECEDENTES NUTRICIONALES:
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: OCASIONAL
AGUA: MUY POCO
REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA O EJERCICIO: MUY POCO
ANIMO: REFIERE BUEN ANIMO
ESTRES: NIEGA
NUCLEO FAMILIAR: VIVE CON LOS HIJOS

FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA: HACE UN AÑO BIEN
FECHA DE ULTIMA MAMOGRAFIA: NO SE H REALIZADO

RESULTADO DE PARACLINICOS DEL ADULTO MAYOR DEL 22-03-19:

UROANALISIS: NO PATOLOGICO
GLICEMIA 103
TRIGLICERIDOS 55
COLESTEROL TOTAL 215 HDL 71 LDL 132
CREATININA 1.1
HEMOGRAMA HB 14 HCTO 42 LEUCOS 7100 N 53 L 40 PLAQUETAS 365.000

REVISION POR SISTEMAS

ANTECEDENTES:

Familiares:

Trastornos mentales: **Depresión** **Esquizofrenia** **Transtorno afectivo bipc**

EXAMEN FISICO

TA 124 / 79 mmhg FC 65 Min FR 18 Min T 36 °C SO 98% PESO 73 Kg Talla 164 Cm IMC: 27.

ASPECTO GENERAL Bueno Consciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE PYP

ciente	TASCON RAMIREZ ELIDA			**Eps**	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO PYP		
ntificacion	CC 66924968	**Fecha de Nac**	03/10/1974	**Edad**	50 A **Genero** F		
reccion	DIAGONAL 10 10 46	**Ciudad**	BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA	**Historia**	**66924968**
nia	Otras etnias			**Zona**	U	**Fecha Atención**	**16/01/2025 17:(**
rupo Poblacional	Otro Grupo poblacional						
iéfono	3105052301 - 0	**Admision**	**A137935**				

NEUROLOGICOS SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA

PACIENTE QUE ASISTE A VALORACION DEL ADULTO MAYOR, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, SE REALIZA ANAMNESIS ENCONTRANDO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MANEJO FARMACOLOGICO, NO CONDUCTAS DE RIESGO, PACIENTE QUE CUENTA CON APOYO FAMILIAR.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, NO HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR, NO DOLOR ABDOMINAL NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA. REPORTE DE PARACLINICOS DEL 27-03-19 DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

SE INDICA CONTROL EN 1 AÑOS, SE DA EDUCACION EN SALUD, CONSUMIR ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS, ABUNDANTE AGUA, NO FUMAR, NO CONSUMIR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL Y AZUCARES, ADEMAS DE GRASAS Y AZUCARES REFINADOS, SE LE INDICA ADEMAS REALIZAR MINIMO 150 MINUTOS DE EJERCICIO AL DIA, PACIENTE AFIRMA ENTENDER, ACEPTA MANEJO.

OBSERVACIONES SS MAMOGRAFIA DE TAMIZAJE BIANUAL

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

INDICACIONES MEDICAS

Medico: **DIANA YICELA ORTIZ MESA**

Fecha: 16/01/2025

876802 MAMOGRAFÍA BILATERAL

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE BALBOA

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 05 marzo del 2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Laura Tatiana Ortiz Gutierrez		
Edad: 21 años	Fecha Nacimiento: 18 de junio de 2003	Documento Identidad: 1000860591
Dirección: pueblo Nuevo.		
Barrio:	Estrato: 2	Teléfono: 3217666051
Rh: A+	Eps: Asmet Salud.	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento: No.
¿Es victima del conflicto? SI [X] NO [ ]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? No.

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Laura Ortiz G.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 1000 860 591

NOMBRE DEL MONITOR(A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	LAURA TATIANA OSTOS GUTIERREZ		**D.I.**
Edad: 21	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	05-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
22.7				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.64		
2	*Peso (kg)*	61		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12.4		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	11.8		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	11.5		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	5.4		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.2		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.2		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.

Sexo: hombre 1 mujeres 0.

% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Laura Tatiana Ortiz Gutierrez con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 05 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Laura Ortiz G.

Nombre: Laura Tatiana Ortiz G.

Cédula: 1000 860 591.

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA**	MUNICIPIO DE BALBOA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS

DIA 05 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Laura Tatiana Ortiz G. mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1000860591 y domicilio en Balboa R., por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Laura Ortiz G.

Firma Deportista
C.C 1000860591

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 05 marzo de 2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Laura Tatiana Ortiz Gutierrez
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 21 Meses: 9
Peso (kg): 61
Talla (m): 1.64
Teléfono personal: 3217666051
Correo Electrónico: lg7733796@ymail.com
Cuándo fue su último control médico: Hace 6 meses
Ocupación: Independiente

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	X
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		
¿Cuál?		X
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	X
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?	Comida chatarra.	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Laura Ortiz G.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.000.860.591
ORTIZ GUTIERREZ
LAURA TATIANA
COLOMBIA
Laura Ortiz G


18-JUN-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.63
A+
F
18-JUN-2021 BALBOA

E.S.E Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --445--

e DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Profesional Nro. 1087560235 certifica que LAURA TATIANA ORTIZ GUTIERREZ identificada con CC Nro. 1000860591 con s de edad.

IGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN ZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE NTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

cion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 11/03/2025 en la ciudad de BALBOA

HIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

Cristo Rey
Barbosa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ORTIZ GUTIERREZ LAURA TATIANA	**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion	CC 1000860591	**Fecha de Nac** 18/06/2003	**Edad** 21 A **Genero** F
Direccion	CARRERA 10 # 602	**Ciudad** BALBOA	**Barrio** FABIO VALENCIA **Historia** 1000860591
Etnia	Otras etnias		**Zona** U **Fecha Atención** 11/03/2025 08:44
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3148483918 - 0	**Admision** A146789	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: " MUCHO DOLOR BAJITO "

EA: PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, ACUDE HOY REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLCUION CONSISTNETE EN DOLOR PELVICO QUE SE EXCERBA A LA ACTIVIDAD FISICA, NO RELACIONADO A CICLO MESTRUAL, SIN IRRADIACION, NO NECESITA DE ANALGESIA. CICLOS MESTRUALES REGULARES, DURACION 4 DIAS, POCO ABUDNANTE, SIN COAGULOS, PLANIFICACION: ACOS. CITOLOGIA: HACE 3 AÑOS NORMAL, CON SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS INTERMITENTES.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA (PRECORDIALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA (TOS, EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL URGENCIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERCOLOREADAS FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS VOMITOS, DIARREA, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA MIALGIAS GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SNTOMAS: (MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGA.

ANTECEDENTES:

Familiares:	[NIEGA]
Patologicos:	[NIEGA]
Quirurgicos:	[SEPTOTURBINOPLASTA]
Toxicoalergicos:	[NIEGA]
Medicamentos:	[NIEGA]
Otros:	[NIEGA.]
Ginecologicos:	[G0P0A0C0]

Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

EXAMEN FISICO

TA 100 / 65 mmhg FC 85 Min FR 19 Min T 36.2 °C SO 98% PESO 57 Kg Talla 163 Cm IMC: 21.45 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN LESIONES, SIN PALIDEZ, SIN CIANOSIS.
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALA, IMPLANTACION ADECUADA DEL CABELLO, OTOSCOPIA NORMAL, FONDO DE OJO NORMAL.
CUELLO	MOVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOMEGALIAS, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA
TORAX	SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE SIN ALTERACIONES, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA
CARDIO PULMONAR	RSCSRS, DE BUENA INTENSIDAD SIN SOPLOS, MV LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS.
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO	NO EXAMINADO.
OSTEOMUSCULAR	EUTROFISMO, NORMOTONIA.
EXTREMIDADES	EUTROFICAS, MOVILES, SIN ALTERACIONES, NO ESTIGMAS DE TRAUMA.
NEUROLOGICOS	SIN DEFICIT NI FOCALIZACION, ORIENTADA EN TRES ESFERAS.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ORTIZ GUTIERREZ LAURA TATIANA	**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion	CC 1000860591 **Fecha de Nac** 18/06/2003	**Edad**	21 A *Genero F*
Direccion	CARRERA 10 # 602 **Ciudad** BALBOA	**Barrio**	FABIO VALENCIA **Historia** 1000860591
Etnia	Otras etnias	**Zona**	U **Fecha Atención** 11/03/2025 08:44
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3148483918 - 0 **Admision** A146789		

CONDUCTA

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE BASE, SIN ALERGIAS, EN CONTEXTO DE DOLOR PELVICO SIN OTROS SINTOMAS, HOY CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL, SE INDICA:
-TOMA DE PARACLINICOS
-ACUDIR CON RESULTADOS

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Enviado Por: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Codigo:	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	**Cantidad**
			Fecha de Envio

Medico:DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico:1087560235

PARACLINICOS

Enviado por:DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Codigo:	892901	CITOLOGIA VAGINAL FUNCIONAL (CDA MUESTRA)	**Cantidad** 1
			Fecha de Envio
Observacion:			
Codigo:	907106	UROANALISIS	**Cantidad** 1
			Fecha de Envio
Observacion:			
Codigo:	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA - HEMATOCRITO - LEUCO	**Cantidad** 1
			Fecha de Envio
Observacion:			

Medico:DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad:MEDICINA GENERAL
Registro Medico:1087560235

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	ORTIZ GUTIERREZ LAURA TATIANA	Eps	ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion	CC 1000860591	Fecha de Nac 18/06/2003	Edad 21 A Genero F
Direccion	CARRERA 10 # 602	Ciudad BALBOA	Barrio FABIO VALENCIA Historia 1000860591
Etnia	Otras etnias		Zona U Fecha Atención 11/03/2025 08:44
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3148463918 - 0	Admision A146789	

NOTAS ADICIONALES

Nota Numero: 1

Motivo PACIENTE QUE DURANTE LA CONSUTLA SOLICITA CERTIFICACION MEDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

Nota EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NORMALES. SE INDICA ACTIVIDAD FISICA DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD POR DOLOR PELVICO EN ESTUDIO

Usuario DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Fecha Registro 11/03/2025 08:55:00

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA GIMNASIO MUNICIPAL	

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 28-03-2025		Deporte: GIMNASIO
Nombre: Julian Alvarez		
Edad: 30 años	Fecha Nacimiento: 06-04-1994	Documento Identidad: 1090076978
Dirección: la tribuna Casa #2-28		
Barrio:	Estrato: 1	Teléfono: 3217140688
Rh: B+	Eps: salud total	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participadón en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Julian Alvarez Moreno		**D.I.**
Edad: 30	**Sexo:** M	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	28-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
29.8				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.70		
2	*Peso (kg)*	85.7		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	8.1		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	13.0		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	12.5		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	4.1		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	6.1		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Julian Alvarez, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 28 del mes de 07 del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Julian

Cédula: 1092076978

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA___ MES___ AÑO 2025

Yo Julian Alvarez mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090076978 y domicilio en La Tribuna, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C 1090076978

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 29-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: JULIAN ALVAREZ MARIN
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 30 Meses:
Peso (kg): 85,7
Talla (m): 1,70
Teléfono personal: 3117A0688
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico: 20-03-2025
Ocupación:

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	
B	Regular	X
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		X
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	X
B	De 4 a 6	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	X
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.076.978
ALVAREZ MORENO

APELLIDOS
JULIAN DAVID

NOMBRES
Julian Alvarez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1994

BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

12-ABR-2012 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2401300-00386632-M-1090076978-20120707 0030471801A 1 24922327

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # [redacted]17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --467--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que JULIAN DAVID ALVAREZ MORENO identificado con CC Nro. 1090076978 con 30 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 20/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3126951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente ALVAREZ MORENO JULIAN DAVID — Eps SALUD TOTAL SUBSIDIADO MORBILIDAD
Identificacion CC 1090076978 — Fecha de Nac 06/04/1994 — Edad 30 A Genero M
Direccion TRES ESQUINAS — Ciudad BALBOA — Barrio TRES ESQUINAS — Historia 1090076978
Etnia Otras etnias — Zona R — Fecha Atención 20/03/2025 09:26
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono C - 0 — Admision A148269

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: " CERTIFICADO DEL GIMNASIO "

EA: PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD, ACUDE HOY REFIRIENDO REQUIRE DE CERTIFICACION MEDICA DE GIMNASIO, REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICO.

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA
TRAUMATICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA (PRECORDIALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA (TOS, EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL URGENCIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERCOLOREADAS FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS, VOMITOS, DIARREA, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA MIALGIAS GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SINTOMAS: (MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION, COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGIA

ANTECEDENTES

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 115/60 mmHg — FC 85 Min — FR 18 Min — T 36.3 °C — SO 99% — PESO 65.7 Kg — Talla 170 Cm — IMC 25.65 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Sueño — Consciente SI — Orientado SI — Hidratado SI

NOTA

PIEL	SIN ALTERACIONES
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACIONES
CUELLO	SIN ALTERACIONES
TORAX	SIN ALTERACIONES
CAMPOS PULMONAR	SIN ALTERACIONES
ABDOMEN	SIN ALTERACIONES
GENITOURINARIO	SIN ALTERACIONES
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
EXTREMIDADES	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD, RESIDE EN AREA RURAL, SIN ANTECEDENTES DE BASE, SIN ALERGIAS, EN CONTEXTO DE CERTIFICACION MEDICA, SIN RESTRICCIONES EN EL MOMENTO, SE DA CERTIFICADO, ACTIVIDAD SUPERVISADA POR PROFESIONAL EN DEPORTE.

E.S.E Hospital Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3126951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente ALVAREZ MORENO JULIAN DAVID — Eps SALUD TOTAL SUBSIDIADO MORBILIDAD
Identificacion CC 1090076978 — Fecha de Nac 06/04/1994 — Edad 30 A Genero M
Direccion TRES ESQUINAS — Ciudad BALBOA — Barrio TRES ESQUINAS — Historia 1090076978
Etnia Otras etnias — Zona R — Fecha Atención 20/03/2025 09:26
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono C - 0 — Admision A148269

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

PARACLINICOS

Enviado por: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

Codigo:	903868	TRIGLICERIDOS	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	907106	UROANALISIS	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA - HEMATOCRITO - LEUCOS	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903816	COLESTEROL LDL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903815	COLESTEROL HDL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	
Codigo:	903810	COLESTEROL TOTAL	Cantidad	1
Observacion:			Fecha de Envio	

Medico DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Registro Medico:1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 25 de marzo de 2025	Deporte:	
Nombre: Leidy Viviana Alvarez Restrepo.		
Edad: 34 años	Fecha Nacimiento: 08 de Diciembre 1990	Documento Identidad: 1090076568
Dirección: C. 3 # 1-15		
Barrio: Pueblo Nuevo	Estrato: 1	Teléfono: 3212181182
Rh: O+	Eps: Salud Total	Puntaje sisben:
Enfermedades: Ninguna.		Toma Algún Medicamento: Tamado
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? No.

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistenda, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	VIVIANA ALVAREZ RESTREPO			**D.I.**
Edad: 24	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	25-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
28.0				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.58		
2	*Peso (kg)*	70		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	12.6		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	20.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	27.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	9.3		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.3		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	10		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE** *ZITARAVIRA*	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA **ADULTOS**		

DIA 25 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Leidy Viviana Alvarez R mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1090076568 y domicilio en P.U. Nuevo, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Leidy Viviana Alvarez R.

Firma Deportista
C.C 1090076568

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Leidy U. Alvarez R., con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 25 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Leidy U. Alvarez R.

Nombre: Leidy Umana Alvarez R.

Cédula: 1090076568

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 25-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: VIVIANA ALVAREZ TESTILLO.
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 34 Meses:
Peso (kg): 70
Talla (m): 1.58
Teléfono personal: 3212181182
Correo Electrónico: vivianaag@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 22 de marzo de 2025
Ocupación: Vendedora

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
X	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
Si		
No		
¿Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
X	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
Si		
No		
¿Cuál?	Tramadol	
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
No		
¿Cuál?	Calcio - Acido Folico - Vitamina E - Omega 3.	
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
No		
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?	
Si		
X No		
¿Cuál?		
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?	
X Si		
No		
¿Cuál?		
13	¿Cómo fue la experiencia?	
A	Buena	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?	
X Si		
No		
15	Si respondió NO, ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?	
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	¿Practica algún deporte?	
Si		
No		
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?	
Si		
X No		
¿Cuál?		
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?	
Si		
X No		
¿Cuál?		
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?	
X Si		
No		
¿Por qué?		
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
X	3 o más veces	
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?	
X Si		
No		
¿Por qué?	Me gusta.	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Lucy C. Alvarez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.076.568
ALVAREZ RESTREPO
APELLIDOS
LEIDY VIVIANA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1990
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-ENE-2009 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

E.S.E. Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --474--

Suscribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1090076218 certifica que LEIDY VIVIANA ALVAREZ RESTREPO identificada con CC Nro. 1090076568 con 34 años de edad.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE RODILLA POR TRAUMA PREVIO CON 3 CIRUGIAS CON REDUCCION ABIERTA, CON MAOS, DOLOR CRONICO EN MANEJO CON ANALGESIA, NO PRESENTA OTRAS PATOLOGIAS QUE LA LIMITEN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE INDICA ACTIVIDAD FISICA SIN PESO,

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

Paciente: ALVAREZ RESTREPO LEIDY VIVIANA
Identificación: CC - 1090076568 Fecha de Nac: 08/12/1990
Dirección: CALLE 8 Ciudad: BALBOA
Etnia: Otras etnias
Teléfono: 3148102175 Admisión: A148850

EPS: SALUD TOTAL EPS
Edad: 34 - A Género: F
Barrio: AVENIDA 30 DE ABR Historia: HC61311
Zona: U Fecha Atención: 22/03/2025 03:00:10

ANTECEDENTES:

Familiares: [NIEGA]
Patologicos: [NIEGA]
Quirurgicos: [NIEGA]
Toxicoalergicos: [NIEGA]
Medicamentos: [NIEGA]
Otros: [NIEGA]
Transtornos mentales: Depresión Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

HISTORIA CONSULTA EXTERNA - A148850

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ORIGEN: CONSULTA EXTERNA

MC: CONTROL DEL ADULTO JOVEN

EA: PACIENTE DE 34 AÑOS ASINTOMATICO, NIEGA DOLOR EN EL PECHO, DISNEA, DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NIEGA OTROS SINTOMAS. NIEGA TOS CON EXPECTORACION POR MAS DE 15 DIAS Y CONTACTO CON PERSONA CON TUBERCULOSIS, REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES , NIEGA SINTOMAS EN LA ACTUALIDAD

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLOGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: TRAMADOL PADA DOLOR CRONICO
QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA, CESAREA, REDUCCION ABIERTA DE LA RTODILLA Y LA TIBIA POR FRACTURA TRAUMATICA
TOXICOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: PENICILINA
FAMILIARES: NO REFIERE
GINECOOBSTETRICOS: G1C1P0A0 PLANIFICACION NIEGA , FUM: EN EL MOMENTO
FUNCIONALIDAD SEXUAL: NORMAL

ANTECEDENTES NUTRICIONALES:
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: OCASIONAL
AGUA: REFIERE 3 LITROS AL DIA
REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA O EJERCICIO: TODOS LOS DIAS 1 HORA
ANIMO: REFIERE BUEN ANIMO
ESTRES: NIEGA
NUCLEO FAMILIAR: VIVE CON LOS PADRES Y LA HIJA

FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA: HACE UN AÑO REFIERE LE SALIO BIEN

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS SINTOMAS

EXAMEN FISICO

TA 118 / 80 mmhg FC 79 Min FR 18 Min T 36 °C SO 98% PESO 70 Kg Talla 158 Cm IMC: 28.04 Sobrepeso

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z003 EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

HISTORIA PACIENTE ALVAREZ RESTREPO LEIDY VIVIANA

DUCTA

PACIENTE QUE ASISTE A VALORACION DEL ADULTO MAYOR, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, NO CONDUCTAS DE RIESGO, PACIENTE QUE CUENTA CON APOYO FAMILIAR.

AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, NO HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR, NO DOLOR ABDOMINAL NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑOPERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.
PLAN
SE DERIVA AL SERVICIO DE VACUNACION
SS VDRL, PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B Y C, PRUEBA RAPIDA PARA VIH
SS VALORACION POR ODONTOLOGIA (DEBE PEDIR CITA ENTIENDE Y ACEPTA)

SE INDICA CONTROL EN 5 AÑOS, SE DA EDUCACION EN SALUD, CONSUMIR ABUNDANTES FRUTAS Y VERDURAS, ABUNDANTE AGUA, NO FUMAR, NO CONSUMIR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL Y AZUCARES, ADEMAS DE GRASAS Y AZUCARES REFINADOS, SE LE INDICA ADEMAS REALIZAR MINIMO 150 MINUTOS DE EJERCICIO AL DIA, PACIENTE AFIRMA ENTENDER, ACEPTA MANEJO.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO QUE SE VALLA A BRAZOS, CUELLO O MANDIBILA, GASTRITIS INTENSA, EDEMA EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DOLOR DE TODA LA CABEZA, VER LUCES, ESCUCHAR PITOS EN LOS OIDOS, VISIN BORROSA, DESVIACION DE LA BOCA, HABLAR INCOHERENCIAS, PERDIDA DE FUERZA.

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

PARACLÍNICOS - A148850

Enviado Por: DIANA YICELA ORTIZ MESA

903868	TRIGLICERIDOS	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
906249	VIH ANTICUERPOS SIDA (PR)	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
906040	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
903841	GLUCOSA (GLICEMIA).(EN SUERO. LCR. OTROS FLUIDOS)	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
903818	COLESTEROL TOTAL	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
903815	COLESTEROL HDL	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM
903816	COLESTEROL LDL	Cantidad	1
Observacion:		Fecha Envio	22/03/2025 3:03:04 PM

DERECHO EN SALUD "Recibir un trato digno y oportuno por parte del personal de salud" DEBER EN SALUD "Seguir el plan de tratamiento indicado por médico tratante"

Diagnostico: Z003

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

CERTIFICADO MÉDICO - A148850

ribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta sional Nro. 1090076218 certifica que LEIDY VIVIANA ALVAREZ RESTREPO identificada con CC Nro. 1090076568 con 34 de edad.

IENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE RODILLA POR TRAUMA PREVIO CON 3 CIRUGIAS CON REDUCCION ERTA, CON MAOS, DOLOR CRONICO EN MANEJO CON ANALGESIA, NO PRESENTA OTRAS PATOLOGIAS QUE LA ITEN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, SE INDICA ACTIVIDAD FISICA SIN PESO,

eticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 18 Marzo 2025		Deporte:
Nombre: Leidy Johanna Alvarez Aguirre		
Edad: 39 Años	Fecha Nacimiento: 08 Abril 1985	Documento Identidad: cc 24512698
Dirección: Balboa Risaralda		
Barrio: Vida San Antonio	Estrato: 2	Teléfono: 3225853035
Rh: A+	Eps:	Puntaje sisben:
Enfermedades: Migraña		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? NO

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi partidpadón en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Leidy Alvarez
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 24512698

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	FIDY JOHANA ALVAREZ		**D.I.**
Edad: 39	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	18-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
21.2				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.67		
2	*Peso (kg)*	59		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	14.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	8.6		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	13.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	6.4		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS		

DIA 18 MES 03 AÑO 2025

Yo Leidy Johanna Alvarez mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 24512 648 y domicilio en San Antonio, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Leidy Alvarez
Firma Deportista
C.C 24512648

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Leidy Johanna Alvarez, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 18 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Leidy Alvarez

Nombre: Leidy Johanna A. A.

Cédula: 24512648

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Leidy Johanna Alvarez A
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCÓN RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 39	Meses: 11
Peso (kg): 54.6	
Talla (m): 1.67	
Teléfono personal: 322 585 30 35	
Correo Electrónico: Johanna.alvarez29@gmail.com	
Cuándo fue su último control médico: 18 Marzo	
Ocupación: Independiente	

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones X	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla X	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo X	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al dia? (marque con una X)**	

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si	X	
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3 X	
B	De 4 a 6	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20 X	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?	Todos los fritos	
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces X	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca X	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA) X	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar X	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos X	
G	Mejora del estado de ánimo X	
H	Otro ¿Cuál? Mejorar la fuerza en el gimnasio	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --472--

Escribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que LEYDI JOHANNA ALVAREZ AGUIRRE identificada con CC Nro. 24512648 con 39 años de edad.

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE INDICA EVITAR LEVANTAMIENTO DE PESO EN PECHO POR AP DE PROTESIS MAMARIA ROTA, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

IANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

Paciente:	ALVAREZ AGUIRRE LEYDI JOHANNA	**EPS:** SALUD TOTAL EPS	
Identificación:	CC - 24512648 **Fecha de Nac:** 08/04/1985	**Edad:** 39 - A	**Genero:** F
Dirección:	CASERIO **Ciudad:** BALBOA	**Barrio:** SAN ANTONIO	**Historia:** HC61221
Etnia:	Otras etnias	**Zona:** R	**Fecha Atención:** 22/03/2025 08:13:33
Teléfono:	3103717074 - 0 **Admision:** A148661		

ANTECEDENTES

Familiares:

HISTORIA CONSULTA EXTERNA - A148661

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN:** CONSULTA EXTERNA

MC: "CONTROL DEL ADULTO Y UN CERTIFICADO"

EA: PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD RESIDE EN AREA RURAL CONSULTA HOY PARA CONTROL DE CURSO DE EDAD ADEMAS PARA CERTIFICACION MEDICA PARA ACTIVIDAD FISICA, REFIERE ESTAR BIEN ASINTOMATICA.

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: MIGRAÑA
QUIRURGICOS: ESTETICAS, PERONE
FARMACOLOGICOS: SERTRALINA
TOXICOS: NIEGA
ALRGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA (PRECORDIALGIA, PALPITACIONES, SINCOPE, ORTOPNEA, DISNEA, ORTOPNEA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES) NIEGA (CEFALEA GLOBAL INTENSA Y/O SUBITA, PERDIDA DE LA FUERZA O SENSIBILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, HABLAR ENREDADO SUBITAMENTE) NIEGA (TOS, EXPECTORACION, DISNEA) NIEGA (DISURIA, POLAQUIURIA, TENESMO VESICAL, URGENCIA MICCIONAL, DISMINUCION DE LA DIURESIS, ORINAS HIPERDOLOREADAS, FETIDAS) NIEGA (NAUSEAS,VOMITOS, DIARREA, ESTREÑIMIENTO O MELENAS) NIEGA (ASTENIA, ADINAMIA, MIALGIAS, GENERALIZADAS) NIEGA OTROS SINTOMAS (MAREO, TINNITUS,CLAUDICACION, COLURIA, ACOLIA E ICTERICIA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL) U OTRA SINTOMATOLOGIA.

EXAMEN FISICO

TA: 125/69 mmHg | FC: 85 lpm | FR: 16 rpm | T°: 36.3 °C | SO: 98% | PESO: 64.60 Kg | Talla: 167 Cm | IMC: 23.28 Normal

ASPECTO GENERAL: Bueno | Consciente: Si | Orientado: Si | Hidratado: Si

NOTA

PIEL	EUTERMICA, SIN LESIONES, ANICTERICA
CABEZA Y ORL	NORMOCEFALA, SIN LESIONES EN EL CUERO CABELLUDO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS HUMEDAS, ORL SIN ALTERACIONES
CUELLO	CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, TIROIDES NO PALPABLE.
TORAX	TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, NO RETRACCIONES NI TIRAJES, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CARDIO PULMONAR	CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE DE BUENA INTENSIDAD, NO AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI GALOPES
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS, PERISTALTISMO POSITIVO
GENITOURINARIO	HUAPE PRESENTACION BILATERAL NEGATIVA, PUNTOS RENALES URETERALES NO DOLOROSOS, SE OMITE EXAMEN GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA QUE LO AMERITE
OSTEOMUSCULAR	EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
EXTREMIDADES	SIN LIMITACION FUNCIONAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
NEUROLOGICO	SIN ALTERACION
	GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, NO ALTERACION EN LOS PARES CRANEALES, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACIONES.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1: Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD RESIDE EN AREA RURAL CONSULTA HOY PARA CONTROL DE CURSO DE EDAD ADEMAS PARA CERTIFICACION MEDICA PARA ACTIVIDAD FISICA, REFIERE ESTAR BIEN ASINTOMATICA, CON EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NORMALES, PACIENTE CON AP DE RUPTURA DE PROTESIS MAMARIA HACE DOS AÑOS SE INDICA EVITAR LEVANTAMIENTO DE PESAS CON ALTA CARGA EN PECHO ESPECIFICAMENTE, SS PARACLINICOS DEL ADULTO

SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, PITOS EN LOS OIDOS, VER LUCES, VISION BORROSA, RUBOR EN LA CARA Y CALOR, QUE SE LE HINCHEN MUCHO LAS PIERNAS CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SINCOPE, PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, PERDIDA DE LA FUERZA, QUE HABLE RARO O ENREDADO O INCOHERENCIAS, QUE SE DUCHE PITOS EN LOS OIDOS, ORINAR MUCHO, TENER MUCHO DESALIENTO, MUCHA HAMBRE O SED, NO QUERERSE LEVANTAR DE LA CAMA, DOLOR ABDOMINAL FUERTE, SE DAN RECOMENDACIONES A LA PACIENTE SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA HIPOSODICA MAXIMO 5 GR DE SAL AL DIA, RETIRAR EL SALERO DE LA MESA, NO COMER CONDIMENTADO, COMER AL MENOS 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN EL DIA, DIETA BAJA EN GRASA, BAJA EN HARINAS, HACER EJERCICIO AL MENOS 30 MIN CADA DIA HASTA ALCANZAR 120 MINUTOS A LA SEMANA, NO FUMAR, NO CONSUMO DE ALCOHOL, TENER PENSAMIENTOS POSITIVOS.

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411695 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128651812
HISTORIA PACIENTE ALVAREZ AGUIRRE LEYDI JOHANNA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

PARACLÍNICOS - A148661

Enviado Por: DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ

903825	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
907106	UROANALISIS	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
903810	COLESTEROL LDL	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
903815	COLESTEROL TOTAL	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
903860	TRIGLICERIDOS	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
903841	GLUCOSA (GLICEMIA) EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM
903845	COLESTEROL HDL	**Cantidad**	1
Observacion:		**Fecha Envio**	22/03/2025 8:14:07 AM

DERECHO EN SALUD "Recibir un trato digno y oportuno por parte del personal de salud" DEBER EN SALUD "Seguir el plan de tratamiento indicado por médico tratante"

Diagnostico: Z000

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235
Documento de identidad: 1087560235

CERTIFICADO MÉDICO - A148661

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que LEYDI JOHANNA ALVAREZ AGUIRRE identificada con CC Nro. 24512648 con 39 años de edad

CON SIGNOS VITALES Y EXAMEN FISICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGIAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FISICA DE BAJA MODERADA INTENSIDAD, SE INDICA EVITAR LEVANTAMIENTO DE PESO EN PECHO POR AP DE PROTESIS MAMARIA ROTA, SE DA EDUCACION ACERCA DE ALIMENTACION Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACION ACERCA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 22/03/2025 en la ciudad de BALBOA

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 7-03-2025	Deporte: Gimnasio actividad Fisica	
Nombre: Lurdelia Horabe Cardona		
Edad: 55	Fecha Nacimiento: 19-70	Documento Identidad: 24511832
Dirección: Cristales		
Barrio: Cristales	Estrato:	Teléfono: 3146162303
Rh: A+	Eps: NIP.S.	Puntaje sisben:
Enfermedades: Diabetes Arterial		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Lurdelia Horabe Cardona
FIRMA DEPORTISTA
C.C. 24511832

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Lurdette Horal Londono			**D.I.** 24511832
Edad: 55	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:** 1
Fecha valoración inicial:	07-03-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Indice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
24.6				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.60		
2	*Peso (kg)*	63		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	11.8		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	10.1		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	11.2		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	10.6		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.5		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.5		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Luz Delio Morales T, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 7 del mes de marzo del año 2025.

Firma: Luz Delio Morales
Nombre: Luz Delio Morales
Cédula: 24511832

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	MUNICIPIO DE BALBOA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 7 MES 3 AÑO 2025

Yo Luzdelio Horales mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 2451183L y domicilio en Cirilales, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las caracteristicas de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones fisicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Luzdelio Horales

Firma Deportista
C.C 2451183

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL

CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 07-07-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patelógicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: LUZ DEIZA MONAR SANDOVAL
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz

Edad: Años: 55 Meses:
Peso (kg): 63
Talla (m): 1.60
Teléfono personal:
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Ama de casa

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	X
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	3

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

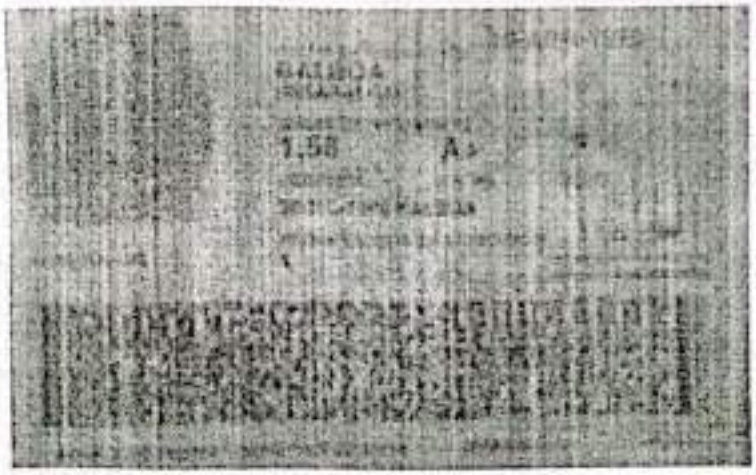
11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		X
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	X
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		X
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	
C	7	X
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?	Baloncesto - ciclismo.	
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	X
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces	X
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____


24.511.632



E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	MORALES CARDONA LUZ DELIA DE JESUS	Eps	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO MORBILIDAD
Identificacion	CC 24511832	Fecha de Nac 19/04/1970	Edad 54 A Genero F
Direccion	CALLE 6 # 18	Ciudad BALBOA	Barrio FABIO VALENCIA Historia 24511832
Etnia	Otras etnias		Zona U Fecha Atención 07/03/2025 14:18
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3146171741 - 0	Admision A146249	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — ORIGEN: CONSULTA EXTERNA

PACIENTE QUIEN CONSULTA POR CERTIFICADO MEDICO , EL CUAL REQUIERE PARA DAR CONTINUIDAD A REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA , ADICIONAL NO SE HA REALIZADO LA MAMOGRAFIA , NO SE HA REALIZADO LA CITOLOGIA CERVICOUTERINA, ADICIONAL TIENE ANTECEDENTE DE LESION DE LIGAMENTOS EN RODILLAS , DEL CUAL PRESENTA DOLOR EN RODILLA DE LARGA DATA, NIEGA OTROS SINTOMAS

REVISION POR SISTEMAS

CEFALEA

ANTECEDENTES:

Familiares:	[MADRE HTA]
Patologicos:	[DISLIPIDEMIA]
Quirurgicos:	[NO]
Toxicoalergicos:	[NO]
Medicamentos:	[NO]
Otros:	[LESION DE LIGAMENTOS CRUZADO] [NO]
Ginecologicos:	[G2P2A0]

Transtornos mentales: Depresión Si Esquizofrenia Transtorno afectivo bipolar

EXAMEN FISICO

TA 110 / 70 mmhg FC 18 Min FR 20 Min T 36 °C SO 95% PESO 63 Kg Talla 160 Cm IMC: 24.61 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	NORMAL
CABEZA Y ORL	ESCLERAS ANICTRICAS, MUCOSA ORAL HMEDA, SIN PLACAS Y/O LESIONES EN CAVIDAD ORAL
CUELLO	MOVIL, NO SE PALPAN MASAS Y/O ADENOPATIAS
TORAX	SIMTRICO, NO DOLOROSO A LA PALPACIN
CARDIO PULMONAR	SIN AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RTMICOS SIN SOPLOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACIN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS Y/O MEGALIAS
GENITOURINARIO	NORMAL
OSTEOMUSCULAR	NO EDEMAS
EXTREMIDADES	PULSOS (+) NO SE APRECIAN DILATACIONES VENOSAS Y/O CAMBIOS EN LA COLORACIN DE LA PIEL
NEUROLOGICOS	SIN DFICIT Y/O DETERIORO NEUROLGICO

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	M242	TRASTORNO DEL LIGAMENTO
DIAGNOSTICO 2	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL

CONDUCTA: PACIENTE ACTUALMENTE AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINMICAMENTE ESTABLE, SIN FOCALIZACION NEUROLGICA, NO PRESENTA AL MOMENTO DE LA EVALUACIN CONDUCTAS DE RIESGO CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION , SE GENERA CERTIFICADO MEDICO, SE ACTUALIZA ORDEN DE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE RODILLAS BILATERAL, SE ORDENA CITOLOGIA Y MAMOGRAFIA , CONTROL CON RESULTADOS SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DE RECONSULTA, SE EXPLICAN DEBERES Y DERECHOS COMO: EL PACIENTE EST OBLIGADO A TRATAR AL PERSONAL DE SALUD CON RESPETO, CORTESA Y LEALTAD, ASI COMO EL A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y HUMANIZADO, TIENE LA OBLIGACIN DE PROPORCIONAR INFORMACIN PRECISA Y COMPLETA SOBRE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE SU ASISTENCIA.

OBSERVACIONES: NINGUNA

Hospital Cristo Rey Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --439--

Suscribe ORIKA MOSQUERA LOPEZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 272078/05 certifica que LUZ DELIA DE JESUS MORALES CARDONA identificada con CC Nro. 24511832 con 54 años de edad.

ACTUALMENTE AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, NO PRESENTA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTAS DE RIESGO SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA DE RECONSULTA, SE EXPLICAN DEBERES Y DERECHOS COMO: EL PACIENTE ESTÀ OBLIGADO A TRATAR AL PERSONAL DE SALUD CON RESPETO, CORTESÍA Y LEALTAD, ASI COMO EL A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y HUMANIZADO, TIENE LA OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN PRECISA Y COMPLETA SOBRE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE SU ASISTENCIA.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 07/03/2025 en la ciudad de BALBOA



ORIKA MOSQUERA LOPEZ
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 272078/05

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

ente MORALES CARDONA LUZ DELIA DE JESUS Eps NUEVA EPS CONTRIBUTIVO MORBILIDAD
ntificacion CC 24511832 Fecha de Nac 19/04/1970 Edad 54 A Genero F
ireccion CALLE 6 # 18 Ciudad BALBOA Barrio FABIO VALENCIA Historia 24511832
:nia Otras etnias Zona U Fecha Atención 07/03/2025 14:18
rupo Poblacional Otro Grupo poblacional
eléfono 3146171741 - 0 Admision A146249



ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 272078/05
Documento de identidad: 35600633

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Enviado Por: ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Codigo: 881602 ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS Cantidad
Fecha de Envio

Observacion: DE RODILLAS BILATERAL

Codigo: 876602 XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA BILATERAL Cantidad
Fecha de Envio



Medico:ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Especialidad:MEDICINA GENERAL
Reg Medico:272078/05

PARACLINICOS

Enviado por:ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Codigo: 892901 CITOLOGIA VAGINAL FUNCIONAL (CDA MUESTRA) Cantidad 1
Fecha de Envio

Observacion:



Medico:ORIKA MOSQUERA LOPEZ
Especialidad:MEDICINA GENERAL
Registro Medico:272078/05

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 17 de Marzo 2025	Deporte:	
Nombre: Maria Cenelia Gorina		
Edad: 58	Fecha Nacimiento: 28 Mayo 1.966	Documento Identidad: 24511651
Dirección:		
Barrio: Vereda Cristales	Estrato:	Teléfono: 3148207688
Rh:	Eps: Salud Total	Puntaje sisben:
Enfermedades: Hipertension		Toma Algún Medicamento: Si
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál? No.

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadania.

Cenelia G.
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRA

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	MAMA CONCITA GAVIRIA		**D.I.**
Edad: 58	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	17-03-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
31.6				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.57		
2	*Peso (kg)*	74		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	10.3		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	24		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	17.8		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	9.4		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	4.9		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.6		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{peso}{Talla^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	**CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"** **CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA** **NIT. 900291945-7**	MUNICIPIO DE BALBOA

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, María Cenelia Gaviria, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 17 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: Cenelia

Nombre: María Cenelia Gaviria

Cédula: 24511651

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 17 **MES** 03 **AÑO 2025**

Yo Marta Cecilia G mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 24511651 y domicilio en Balboa Risa por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Cecilia G.
Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CÓDIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 17-03-2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: CECILIA GAVIRIA
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz	
Edad: Años: 58.	Meses:
Peso (kg): 74.	
Talla (m): 153.	
Teléfono personal:	3148207688.
Correo Electrónico:	
Cuándo fue su último control médico:	1 mes.
Ocupación:	Ama de Casa

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**		
A	Padre	No	
B	Madre	No	
C	Abuelo	No	
D	Otros: (¿cuales?)		
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**		
A	Corazón	NO	
B	Riñones	No	
C	Articulaciones	NO	
D	Hernias	No	
E	Pulmones	NO	
F	Otros		
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**		
Si		X	
No			
Cuál?		Hipertensión	
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**		
A	Espalda	No	
B	Rodilla	No	
C	Cadera	No	
D	Cuello	No	
E	Tobillo	No	
F	Codo	No	
G	Hombro	No	
H	Otros		
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**		
Si		X	
No			
¿Cuál?			
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**		
Si			
No		X	
¿Cuál?			
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**		
Si			
No		X	
¿Cuál?			
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	3. Desc.	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.511.651

NUMERO

GAVIRIA CANO

APELLIDOS

MARIA CENELIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1966
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-NOV-1985 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2501300-34165453-F-0024511951-20060406 04725

Radicar
Manizales

E.S.E Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --433--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que MARIA CENELIA GAVIRIA CANO identificada con CC Nro. 24511651 con 58 años de edad.

NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD. SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 27/02/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 7.03 2025		Deporte: Gimnasio Actividad F.
Nombre: Viviana Ramirez Ocampo		
Edad: 43	Fecha Nacimiento: 11.09.81	Documento Identidad: 39665651
Dirección: Calle 6 - N1 10-12		
Barrio: Fabio Valeis	Estrato: 1	Teléfono: 3217170501
Rh: A+	Eps: N.P.S	Puntaje sisben: B1
Enfermedades: Ninguna		Toma Algún Medicamento:
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistenda, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Viviana Ramírez Ocampo		**D.I.** 1086565
Edad: 43	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:** 1
Fecha valoración inicial:	11-04-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	Nivel Masa residual:	% Masa grasa:	% Masa muscular:	Masa Ósea:
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
27.8				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	Talla (cm)	1.61		
2	Peso (kg)	70.2		

Pliegues cutáneos

3	Pliegue tricipital (mm)	8.4		
4	Pliegue subescapular (mm)	14.8		
5	Pliegue supra iliaco (mm)	18.6		
6	Pliegue bicipital(mm)	4.2		

Diámetros óseos

9	Diámetro biestiloideo muñeca (cm)	5		
10	Diámetro bicondileo fémur (cm)	8.5.		

Densidad corporal

Resultado DC	1.02

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	MUNICIPIO DE BALBOA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA ADULTOS		

DIA 7 MES 3 AÑO 2025

Yo Viviana Ramirez mayor de edad, con documento de ciudadania N° 38665651 y domicilio en Fabio V., por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad fisica-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRÁ	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO:
NOMBRE DEL EVALUADOR: **JULIAN TASCON RAMIREZ**

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 42 Meses: 8-1985
Peso (kg): 73
Talla (m): 1,65
eléfono personal: 3217170501
Correo Electrónico: Santiuni@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 5 meses
Ocupación: ama de casa

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla X	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

3 veces

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		
¿Cuál?	Baloncesto	
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si	X	
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6 X	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20 X	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana X	
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca X	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA) X	
C	Disminuir el índice de masa grasa X	
D	Tonificar X	
E	Sentirse mejor X	
F	Fortalecimiento de los huesos X	
G	Mejora del estado de ánimo X	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 38.665.651
APELLIDOS
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1981
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-FEB-2001 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2401300-0107825-F-0038665481-20180524 0065495614 1 4836203

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

EL SUSCRITO MEDICO DE LA E.S.E HOSPITAL CRISTO REY DE BALBOA RISARALDA

CERTIFICA QUE:

El paciente **YISETH BIBIANA RAMIREZ OCAMPO** identificado con cedula de ciudadanía número **38.665.651** asiste el día de hoy a esta institución para recibir valoración médica y examen físico completo.

No presenta antecedentes patológicos de importancia, al examen físico sin hallazgos patológicos, sin enfermedad infectocontagiosas en el momento de la valoración.

Se considera paciente que presenta buen estado de salud, ninguna condición que le impida realizar cualquier tipo de actividad o interactuar en comunidad.

Se firma en el municipio de BALBOA RISARALDA a los 16 días del mes de MARZO de 2025

Cordialmente,

DRA. ORIKA MOSQUERA LOPEZ

MEDICO GENERAL

RM:272078/05

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411065 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CONSULTA DE URGENCIAS

Paciente	RAMIREZ OCAMPO YISETH BIBIANA	**Eps**	NUEVA EPS SUBSIDIADO
Identificacion	CC 38665651	**Fecha de Nac** 11/08/1981	**Edad** 43 A **Genero** F
Direccion	CALLE 6 10 12	**Ciudad** BALBOA	**Barrio** FABIO VALENCIA **Historia** 38665651
Etnia	Otras etnias	**Zona** U	**Fecha Atención** 22/09/2024 21:23
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3217170501 - 0	**Admision** A116871	

ANTECEDENTES

Familiares:	[NIEGA]
Patologicos:	[NIEGA]
Quirurgicos:	[NIEGA]
Toxicoalergicos:	[NIEGA]
Medicamentos:	[NIEGA]
Trastornos mentales:	Depresion Esquizofrenia Trastorno afectivo bipolar

VALORACION INICIAL

Motivo y Enf. Actual "ME DUELE LA CABEZA"

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS E EDAD SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE IMPORTANCIA, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UN DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA OCCIPITAL BILATERAL DE PREDOMINIO DOLOROSO IRRADIADA AL RESTO DEL HEMICRANEO IPSOLATERAL DE INTENSIDAD MODERADA CON SENSACION DE PARESTESIAS EN MANO Y EN PIERNA IPSILATERAL NIEGA TRAUMAS , CONTUSIONES O CAIDAS FIEBRE ESCALOFRIOS REFIERE MAREJO EMPIRICO CON SEVEDOL 4 TABLEAS SIN MEJORIA, POR TAL MOTIVO DECIDE CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS

Revision por sistemas Niega

Examen Fisico

TAS 140	TAD 90	mmhg	F. Cardiaca 88 Min	F. Respiratoria 20 Min	Temperatura 36.8 °C
Saturacion de Oxigeno 97 %			Peso 73 Kg	Talla 169 Cm	IMC 25.52
Aspecto General	Bueno				
Consciente Si	Orientado Si	Hidratado Si			

Piel	EUTERMICA, ANICTERICA, SIN LESIONES DE CONTINUIDAD
Cabeza	NORMOCEFALA, ORL SIN ALTERACIONES
Cuello	MUSCULOS PARAVERTEBRALES CERVICALES BILATERALES ALIMENTADOS DE TONO, PREDOMINIO DOLOROSO, CON MULTIPLES PUNTOS GATILLO, PREDOMINIO EN INSERCION OCCIPITAL NO DEFORMIDAD, NO CREPITACION OSEA, SIMETRICO, NORMOMOVILIDAD, NO SIGNOS DE ACCESORIOS
Torax	RSCSRS, SIN SOPLOS, MV LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS
Cardiopulmonar	
Abdomen	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL
Genitourinario	NO EXAMINADO
Extremidades	EUTROFICAS MOVILES, SIN ALTERACIONES
Osteomuscular	PUNTOS GATILLO CERVICALES Y EN CINTURA ESCAPULAR, AUMENTO DE TONO MUSCULAR
Neurologico	SIN DEFICIT NI FOCALIZACION

Dgns de Consulta

Diagnostico 1	G442	CEFALEA DEBIDA A TENSION
Diagnostico 2	M629	CONTRACTURA MUSCULAR
Diagnostico 3	R030	LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION

Finalidad	No aplica
Causa Externa	Enfermedad general
Tipo de Diag.	Impresion diagnostica

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411065 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CONSULTA DE URGENCIAS

Paciente RAMIREZ OCAMPO YISETH BIBIANA Eps NUEVA EPS SUBSIDIADO
Identificacion CC 38665651 Fecha de Nac 11/08/1981 Edad 43 A Genero F
Direccion CALLE 6 10 12 Ciudad BALBOA Barrio FABIO VALENCIA Historia 38665651
Etnia Otras etnias Zona U Fecha Atención 22/09/2024 21:23
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3217170501 - 0 Admision A116871

Conducta
- INGRESO A URGENCIAS
- DIPIRONA AMPOLLA X 1 GR 2 AMPOLLAS IM DOSIS UNICA
- DEXAMETASONA AMPOLLA X 4MG 2 AMPOLLAS IM DOSIS UNICA
- SE DAN INDICACIONES DE CUIDADOS EN CASA

Obs. Adicionales ADULTO EN LA CUARTA DECADA DE LA VIDA, AMA DE CASA, PROCEDENCIA URBANA ANTECEDENTES PREVIOS ESCRITOS, CONSULTANDO POR CUADRO DE CEFALEA TENSIONAL POR CONTRACTURA DE MUSCULOS CERVICALES, AL MOMENTO DE LA CONSULTA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIGNOS VITALES NORMALES, CON HALLAZGOS DESCRITOS AL EXAMEN FISICO, DADO CONTEXTO, SIN INGRESA PARA MANEJO ANALGESICO PARENTERAL, SE DAN INDICACIONES.

ATENCION

Tipo de Atención	CONSULTA DE URGENCIAS		
Fecha de Ingreso	22/09/2024	**Hora de Ingreso**	21:00
Fecha de Egreso	22/09/2024	**Hora de Egreso**	21:30

Destino
Estado de Embriaguez No

Medico que valora

HUGO ANDRES CANO RAMIREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg.Medico. 0282-09
Documento de identidad 9817773

Medico que da alta

HUGO ANDRES CANO RAMIREZ
MEDICINA GENERAL
Reg.Medico. 0282-09
Documento de identidad 9817773

Medico: HUGO ANDRES CANO RAMIREZ

Numero	Fecha	Orden Medica
1	22/09/2024 9:23 pm	- INGRESO A URGENCIAS - DIPIRONA AMPOLLA X 1 GR 2 AMPOLLAS IM DOSIS UNICA - DEXAMETASONA AMPOLLA X 4 MG 2 AMPOLLAS IM DOSIS UNICA - SE DAN INDICACIONES DE CUIDADOS EN CASA

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411005 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128561612

CONSULTA DE URGENCIAS

Paciente	RAMIREZ OCAMPO YISETH BIBIANA		**Eps**	NUEVA EPS SUBSIDIADO	
Identificacion	CC 38655651	**Fecha de Nac** 11/08/1981	**Edad** 43 A	**Genero** F	
Direccion	CALLE 6 10 12	**Ciudad** BALBOA	**Barrio** FABIO VALENCIA		**Historia** 38665651
Etnia	Otras etnias		**Zona** U	**Fecha Atención** 22/09/2024 21:23	
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3217170501 - 0	**Admision** A116871			

HUGO ANDRES CANO RAMIREZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 0382-05
Documento de identidad: 9817773

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

Fecha de la Formula: **Formula Pos**

Medicamento: DIPIRONA 1 G/2 ML AMP — **Cantidad:** 2 (DOS)
Posologia: IM DOSIS UNICA — **Via de Administracion:** Intramuscular
Forma Farmaceutica: SOLUCION INYECTABLE — **Unidad de Medida:** AMP — **Concentración:** 1 G/2 ML
Observacion: — **Duracion del Tratamiento:** 1

Medicamento: DEXAMETASONA (FOSFATO) 4 MG / ML DE BASE AMP — **Cantidad:** 2 (DOS)
Posologia: IM DOSIS UNICA — **Via de Administracion:** Intramuscular
Forma Farmaceutica: SOLUCION INYECTABLE — **Unidad de Medida:** AMP — **Concentracion:** 4 MG / ML DE BASE
Observacion: — **Duracion del Tratamiento:** 1

Medico HUGO ANDRES CANO RAMIREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico 0382-05
Documento de identidad: 9817773

Fecha de la Formula: **Formula No Pos/Insumos**

Medicamento: JERINGA DESECHABLE 5 ML AGUJA 21 X 1 1/2" — **Cantidad:** 2 (DOS)
Posologia: — **Via de Administracion:**
Forma Farmaceutica: UNIDAD — **Unidad de Medida:** — **Concentracion:**
Observacion: — **Duracion del Tratamiento:** 1

Medico ERIKA YULIANA GUAPACHA ACEVEDO
Especialidad: -
Reg Medico:
Documento de identidad: 1090051664

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411005 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128561612

CONSULTA DE URGENCIAS

Paciente RAMIREZ OCAMPO YISETH BIBIANA — Eps NUEVA EPS SUBSIDIADO
Identificacion CC 38655651 — Fecha de Nac 11/08/1981 — Edad 43 A — Genero F
Direccion CALLE 6 10 12 — Ciudad BALBOA — Barrio FABIO VALENCIA — Historia 38665651
Etnia Otras etnias — Zona U — Fecha Atención 22/09/2024 21:23
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3217170501 - 0 — Admision A116871

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11 ABRIL 2025	Deporte: GIMNASIO	
Nombre: ISABELLA SUAREZ POSADA		
Edad: 17 AÑOS	Fecha Nacimiento: 12/02/2008	Documento Identidad: 1087652047
Dirección: #4-67		
Barrio: CALLE PRINCIPAL	Estrato: 3	Teléfono: 3232952473
Rh: A+	Eps: COOPSALUD	Puntaje sisben:
Enfermedades: RENITIS		Toma Algún Medicamento: LORATADINA
¿Es víctima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participadón en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	Isabella Suarez Posada			**D.I.** 1082755720
Edad: 12	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	11-04-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
19.7				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.56		
2	*Peso (kg)*	48		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*			
4	*Pliegue subescapular (mm)*			
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*			
6	*Pliegue bicipital(mm)*			

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*			
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*			

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO
SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, ISABELLA SUAREZ POSADA, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 11 del mes de ABRIL del año 2025.

Firma: _____

Nombre: ISABELLA SUAREZ POSADA

Cédula: 1087552047

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 11 MES 04 AÑO 2025

Yo Isabella Suarez P. mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 1087552047 y domicilio en _____, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Isabella

Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRA	ANAMNESIS ACTIVIDAD FÍSICA	

INFORMACIÓN GENERAL
CÓDIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 11 ABRIL 2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: ISABELLA SUAREZ ROSADA
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 17 Meses:
Peso (kg): 55
Talla (m): 1.56
Teléfono personal: 3232952493
Correo Electrónico: ISABSUAREZ7560@gmail.com
Cuándo fue su último control médico: 1 MES
Ocupación: ESTUDIO Y TRABAJO

Información médico-nutricional

1	¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
X	Otros: (¿cuales?) TIO	
2	¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
X	Pulmones	
F	Otros	
3	¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?	
X		
No		
¿Cuál?		
4	¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	¿Toma algún medicamento en la actualidad?	
X		
No		
¿Cuál?	LORATADINA	
6	¿Toma algún suplemento nutricional?	
Si		
X		
¿Cuál?		
7	¿Sigue alguna dieta especial en este momento?	
Si		
X		
¿Cuál?		
8	¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)	

11	¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?
Si	
X No	
¿Cuál?	
12	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?
X Si	
No	
¿Cuál?	
13	¿Cómo fue la experiencia?
X A	Buena
B	Regular
C	Mala
	¿Por qué?:
14	¿Hace ejercicio en la actualidad?
X Si	
No	
15	Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?
16	Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?
X A	De 1 a 3
B	De 4 a 6
C	7
17	¿Practica algún deporte?
Si	
X No	
¿Cuál?	
¿Por qué?	
18	¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?
A	10-20
X B	20-30
C	30 o +
19	¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?
Si	
X No	
¿Cuál?	
20	¿Consume alguna sustancia alucinógena?
Si	
X No	
¿Cuál?	
21	¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?
X Si	
No	
¿Por qué?	
22	¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?
A	1 vez a la semana
X B	2 veces a la semana
C	3 o más veces
23	¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?
X Si	
No	
¿Por qué?	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS
A	Aumentar su resistencia cardiaca
X B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)
C	Disminuir el índice de masa grasa
X D	Tonificar
E	Sentirse mejor
F	Fortalecimiento de los huesos
X G	Mejora del estado de ánimo
H	Otro ¿Cuál?

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.087.552.047

SUAREZ POSADA

APELLIDOS

ISABELLA

NOMBRES

ISABELLA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-2008

LA VIRGINIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

12-FEB-2026 A+ F

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

27-SEP-2018 CARTAGO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

F-3103400-01042711-F-1087552047-20181026 0082M0160A 1 3045155618

Cristo Rey

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --448--

scribe DIANA YICELA ORTIZ MESA Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta rofesional Nro. 1090076218 certifica que ISABELLA SUAREZ POSADA identificada con TI Nro. 1087552047 con 17 años de edad

SE DA CERTIFICADO PARA EL GYMNASIO CON RECOMENDACION DE SUSPENDER EL EJERCICIO EN CASO DE CRISIS ASMATICA

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 12/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1090076218

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA

Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	SUAREZ POSADA ISABELLA	Eps	PARTICULAR MORBILIDAD
Identificacion	TI 1087552047	Fecha de Nac 12/02/2008	Edad 17 A Genero F
Direccion	CCLE 8 4 67	Ciudad BALBOA	Barrio CALLE PRINCIPAL Historia 1087552047
Etnia	Otras etnias		Zona U Fecha Atención 12/03/2025 11:17
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional		
Teléfono	3147038150	Admision A147011	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

"PARA UN CERTIFICADO MEDICO"
PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY PARA CERTIFICADO MEDICO PARA EL GYM. REFIERE LA PACIENTE AP DE ASMA. REFIERE ULTIMA CRISIS HACE 4 AÑOS, EN EL MOMENTO SIN MANEJO, NO SUFRE ENFEREDAD MUSCULOESQUELETICA, NO ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: ASMA
QUIRURGICOS: NIEGA
ALERGICOS: UN JARABE PARA LA TOS PERO NO RECUERDA EL NOMBRE
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
GINECOLOGICOS : G0 FUM: HACE UN MES, PLANIFICACION NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA

ANTECEDENTES:

Familiares:

EXAMEN FISICO

TA 112 / 59 mmhg FC 78 Min FR 18 Min T 36 °C SO 98% PESO 48 Kg Talla 156 Cm IMC: 19.72 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Conciente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Y848 OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

CONDUCTA AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, AFEBRIL, NO SIGNOS DE SIRS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPLOS ABDOMEN NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS, NEUROLOGICO NO DEFICIT, EXTREMDIADES CON ADECUADA PERFUSION NO EDEMAS, SE DA CERTIFICADO PARA EL GYMNASIO CON RECOMENDACION DE SUSPENDER EL EJERCICIO EN CASO DE CRISIS ASMATICA. SE DAN SIGNOS DE ALARMA

DIANA YICELA ORTIZ MESA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1090076218
Documento de identidad: 1090076218

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

te SUAREZ POSADA ISABELLA Eps PARTICULAR MORBILIDAD
cacion TI 1087552047 Fecha de Nac 12/02/2008 Edad 17 A Genero F
ion CCLE 8 4 67 Ciudad BALBOA Barrio CALLE PRINCIPAL Historia 1087552047
Otras etnias Zona U Fecha Atención 12/03/2025 11:17
. Poblacional Otro Grupo poblacional
mo 3147038150 Admision A147011

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA
GIMNASIO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCION

Fecha: 11-04-2023	Deporte: Actividad Física	
Nombre: Diana M Henao		
Edad: 41	Fecha Nacimiento: 15-10-1983	Documento Identidad: 24512634
Dirección: Vereda San antonio.		
Barrio: San antonio	Estrato: 2	Teléfono: 320 8289506.
Rh: O+	Eps: Asmesalud	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento: NO
¿Es victima del conflicto? SI [ ] NO [X]		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsablidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Diana M Henao B
FIRMA DEPORTISTA
C.C.

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	DIANA MARZA HENAO BLANDON			**D.I.** 24512 [illegible]
Edad: 41	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA		**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	11-04-2025			

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea.*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
23.91				

Composición corporal: Antropometría

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.54		
2	*Peso (kg)*	60.45		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	5.3		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	4.		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	4.5		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	9.5		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.0		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	8.		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

Criterio de valoración: ROSE Y GUIMARAES, SIRI.

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

ZITARAVIRÁ	CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 31 MES 03 AÑO 2025

Yo Diana M Henao B mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 24512639 y domicilio en Ubeda - Bilbao, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Diana M Henao B.
Firma Deportista
C.C 24512639

ZITARAVIRA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS *ANAMNESIS* *ACTIVIDAD FÍSICA*	

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN: 11 - 04 - 2025
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: DIANA MARCELA ANDRADE
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 41 Meses:
Peso (kg): 60.
Talla (m): 1.58
Teléfono personal: 3208289506
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: AMA DE CASA

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla	
C	Cadera	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	

ZITARAVIRA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si	X	
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena X	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?: Me ayuda a mantener la mente ocupada y mi cuerpo en forma	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si	X	
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6 X	
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
¿Por qué?	No me a gustado	
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20 X	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	
C	3 o más veces X	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si	X	
No		
¿Por qué?	Porque lo necesitamos.	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	
D	Tonificar	
E	Sentirse mejor	
F	Fortalecimiento de los huesos	
G	Mejora del estado de ánimo	
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO_____

E.S.E. Hospital
Cristo Rey
Balboa Risaralda

E.S.E HOSPITAL CRISTO R[illegible] - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

CERTIFICADO NUMERO --447--

Suscribe DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ Profesional en MEDICINA GENERAL autorizado para ejercer la profesion con Tarjeta Profesional Nro. 1087560235 certifica que DIANA MARIA HENAO BLANDON identificada con CC Nro. 24512634 con 41 años de edad.

N SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO NORMAL NO PRESENTA RESTRICCIONES NI PATOLOGÍAS QUE IMPIDAN REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE BAJA A MODERADA INTENSIDAD, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, SE DA EDUCACIÓN ACERCA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA PARA ACUDIR DE MANERA INMEDIATA A URGENCIAS.

A peticion de la parte interesada y para los fines que da lugar, se expide la presente a 12/03/2025 en la ciudad de BALBOA

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLORE
MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1087560235

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Popayán

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente	HENAO BLANDON DIANA MARIA		**Eps**	ASMETSALUD MORBILIDAD	
Identificacion	CC 24512634	**Fecha de Nac** 15/10/1983	**Edad**	41 A **Genero** F	
Direccion	CASERIO	**Ciudad** BALBOA	**Barrio**	SAN ANTONIO	**Historia** 24512634
Etnia	Otras etnias		**Zona**	R	**Fecha Atención** 12/03/2025 10:34
Grupo Poblacional	Otro Grupo poblacional				
Teléfono	3116875920 - 0	**Admision** A147001			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL — **ORIGEN: CONSULTA EXTERNA**

MC: CERTIFICADO DEL DERMATOLOGO

EA: PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE PARA CERTIFICACION DE ACTIVIDAD FISICA EN GIMNASIO, EL CUAL REALIZA DESDE HACE 2 AÑOS. REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICO

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS: HIPERLIPIDEMIA, INTOLERANCIA A CARBOHIDRATOS (ESTILOS DE VIDA SALUDABLE), DERMATITIS ATOPICA.
QUIRURGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS : NIEGA
TOXICOS: NIEGA
ALERGICOS : NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA OTROS

ANTECEDENTES:

Familiares:	[DESCONOCE]
Patologicos:	[AP DEPRESION]
Quirurgicos:	[NIEGA]
Toxicoalergicos:	[NIEGA]
Medicamentos:	[NIEGA]
Otros:	[NIEGA]
Ginecologicos:	[NIEGA]

Transtornos mentales: **Depresión** **Esquizofrenia** **Transtorno afectivo bipolar**

EXAMEN FISICO

TA 115 / 60 mmhg FC 85 Min FR 19 Min T 36.3 °C SO 98% - PESO 60.4 Kg Talla 156 Cm IMC: 24.19 Normal

ASPECTO GENERAL Bueno Consiente Si Orientado Si Hidratado Si

NOTA

PIEL	SIN ALTERACION
CABEZA Y ORL	SIN ALTERACION
CUELLO	SIN ALTERACION
TORAX	SIN ALTERACION
CARDIO PULMONAR	SIN ALTERACION
ABDOMEN	SIN ALTERACION
GENITOURINARIO	SIN ALTERACION
OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACION
EXTREMIDADES	SIN ALTERACION
NEUROLOGICOS	SIN ALTERACION

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1 Z518 OTRAS ATENCIONES MEDICAS ESPECIFICADAS

CONDUCTA PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE PARA CERTIFICACION DE ACTIVIDAD FISICA EN GIMNASIO, EL CUAL REALIZA DESDE HACE 2 AÑOS. REFIERE ESTAR BIEN, ASINTOMATICO. HOY CON SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FISICO NORMAL, SIN LIMITACION PARA LA ACTIVIDAD FISICA. SE DA CERTIFICADO MEDICO.

E.S.E Hospital Cristo Rey Balboa Popayán

E.S.E HOSPITAL CRISTO REY - BALBOA
Nit: 891411665 Dirección: Carrera 9 # 8-17 Tel: 3128951812

REPORTE DE HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente HENAO BLANDON DIANA MARIA Eps ASMETSALUD MORBILIDAD
Identificacion CC 24512634 Fecha de Nac 15/10/1983 Edad 41 A Genero F
Direccion CASERIO Ciudad BALBOA Barrio SAN ANTONIO Historia 24512634
Etnia Otras etnias Zona R Fecha Atención 12/03/2025 10:34
Grupo Poblacional Otro Grupo poblacional
Teléfono 3116875920 - 0 Admision A147001

DAHIANA VALENTINA GIRALDO FLOREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
Reg Medico: 1067560235
Documento de identidad: 1067560235

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRÁ	**CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE ZITARAVIRA GIMNASIO MUNICIPAL**	
FICHA DE INSCRIPCION		

Fecha: 27-03-2025	Deporte: Gimnasio	
Nombre: Dora Liliana Silva Perez		
Edad: 57	Fecha Nacimiento: 29-06-1967	Documento Identidad: 24511634
Dirección: Calle 8 No. 4-97		
Barrio: Calle Principal	Estrato:	Teléfono: 3206676825
Rh: A+	Eps: Salud Total	Puntaje sisben:
Enfermedades:		Toma Algún Medicamento:
¿Es victima del conflicto? SI ☐ NO ☒		¿Pertenece a una etnia? ¿cuál?

Autorizo bajo responsabilidad y riesgo mi participación en los procesos deportivos de la corporación de turismo sostenible Zitaravirá en convenio con el municipio de Balboa Risaralda, acepto las condiciones de asistencia, control, disciplina, y demás normas de convivencia impartidas, exonero a los entrenadores, monitores, supervisores y personal administrativo de cualquier responsabilidad y accidente. Igualmente, con mi firma autorizo que sea fotografiado de manera grupal y que su imagen aparezca en informes, páginas web, periódicos, boletines informativos y piezas publicitarias o imagen De la corporación y/o Alcaldía del Municipio de Balboa Risaralda.

Anexar a la Inscripción: Fotocopia de la Tarjeta de identidad o Cedula de ciudadanía.

Dora Liliana Silva Perez.

FIRMA DEPORTISTA
C.C. 24511634

NOMBRE DEL MONITOR (A)

ZITARAVIRÁ

COMPOSICIÓN CORPORAL

Persona:	DORA LILIANA SILVA PEREZ		**D.I.** 24.511.634
Edad: 57	**Sexo:** F	**Programa de formación:** ACTIVIDAD FÍSICA	**Ficha:**
Fecha valoración inicial:	08-04-2025		

Composición corporal: Bio-impedancia eléctrica

Índice de masa corporal IMC:	*Nivel Masa residual:*	*% Masa grasa:*	*% Masa muscular:*	*Masa Ósea:*
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
29.67				

Composición corporal: Antropometria

No.	Variable	Toma 1	Toma 2	FINAL
1	*Talla (cm)*	1.59		
2	*Peso (kg)*	75.		

Pliegues cutáneos

3	*Pliegue tricipital (mm)*	22.7.		
4	*Pliegue subescapular (mm)*	27.5		
5	*Pliegue supra iliaco (mm)*	20.2.		
6	*Pliegue bicipital(mm)*	15.		

Diámetros óseos

9	*Diámetro biestiloideo muñeca (cm)*	5.2		
10	*Diámetro bicondileo fémur (cm)*	10.3		

Densidad corporal

Resultado DC	

Formula IMC: $\frac{\text{peso}}{\text{Talla}^2} =$

Formula % grasa.
Sexo: hombre 1 mujeres 0.
% grasa: (1.2 x IMC) + (0.23 x edad) – (10.8 x sexo) - 5.4 =

*Criterio de valoración: **ROSE Y GUIMARAES, SIRI.***

FIRMA EVALUADOR

FIRMA y/o HUELLA EVALUADO

CORPORACIÓN DE TURISMO SOSTENIBLE "ZITARAVIRÁ"
CALLE 8 #2-82 - BALBOA RISARALDA
NIT. 900291945-7

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES E IMAGEN
(Sólo Para Mayores de Edad)

Yo, Dora Liliana Silva Pérez, con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación de Turismo Sostenible "Zitaravirá" y la Alcaldía Municipal de Balboa, Risaralda, para tratar mis datos personales y el de mi hijo(a), así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual estoy vinculado, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de la Alcaldía Municipal de Balboa Risaralda en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Para constancia de lo anterior, se firma en Balboa, Risaralda, el día 26 del mes de Marzo del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Dora Liliana Silva Pérez.

Cédula: 24.511.634

CORPORACION DE TURISMO SOSTENIBLE
ZITARAVIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FISICO – DEPORTIVA
ADULTOS

DIA 08 MES 04 AÑO 2025

Yo DORA LILIANA SILVA mayor de edad, con documento de ciudadanía N° 24-511.674 y domicilio en BALBOA, por medio del presente escrito

MANIFIESTO:

1. Que con motivo de mi solicitud de entrenamiento se me ha informado suficientemente y en un lenguaje comprensible sobre las características de la actividad deportiva en la que me voy a vincular y sobre las condiciones físicas requeridas para dicha participación.

2. Que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dicha actividad y sobre las medidas de seguridad a adoptar en la realización de la misma.

3. Que he realizado el obligatorio reconocimiento médico de actitud para la realización de la actividad física-deportiva y que él o la menor carece de contradicción medica alguna.

4. Que conozco y entiendo de las normas reguladoras de la actividad deportiva y que estoy plenamente conforme con las mismas, sometiéndome a la potestad de dirección del monitor deportivo.

5. Que asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia eximo al monitor deportivo, a la Corporación de Turismo Sostenible Zitaravirá y al municipio de Balboa Risaralda de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad. Tal excepción no comprende los daños y perjuicios que sean consecuencia de culpa o negligencia del monitor deportivo.

Firma Deportista
C.C

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

INFORMACIÓN GENERAL
CODIGO PARA IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 01
FECHA DE APLICACIÓN:
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ACTIVIDAD FISICA GIMNASIO MUNICIPAL
N° FICHA:
CENTRO: ZITARAVIRA
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los antecedentes patológicos de la persona a entrenar.
NOMBRE DEL EVALUADO: Dora Liliana Silva Pinto
NOMBRE DEL EVALUADOR: JULIAN TASCON RAMIREZ

DECRIPCIÓN GENERAL PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO:

1. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responderlas, si no entiende alguna informar al evaluador el tendrá la capacidad de responder.
2. Tómese el tiempo necesario para responder el siguiente cuestionario.
3. Sea sincero a la hora de diligenciar el cuestionario, ya que este evaluara su estado de salud.

Información general del aprendiz
Edad: Años: 57 Meses:
Peso (kg): 75
Talla (m): 1.59
Teléfono personal: 3206676875
Correo Electrónico:
Cuándo fue su último control médico:
Ocupación: Secretaria Ejecutiva Despacho - Alcalde

Información médico-nutricional

1	**¿Algún familiar ha sufrido ataques al corazón antes de los 50 años?**	
A	Padre	
B	Madre	
C	Abuelo	
D	Otros: (¿cuales?)	
2	**¿Ha tenido alguna enfermedad o alteración grave?**	
A	Corazón	
B	Riñones	
C	Articulaciones	
D	Hernias	
E	Pulmones	
F	Otros	
3	**¿Tiene o tuvo alguna enfermedad diagnosticada o tratada por un médico en el último año?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
4	**¿Tiene dolores frecuentes en alguna de estas articulaciones y no ha consultado al médico?**	
A	Espalda	
B	Rodilla X	
C	Cadera X	
D	Cuello	
E	Tobillo	
F	Codo	
G	Hombro	
H	Otros X	
5	**¿Toma algún medicamento en la actualidad?**	
Si	X	Losartán 50 mg.
No		
¿Cuál?		
6	**¿Toma algún suplemento nutricional?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
7	**¿Sigue alguna dieta especial en este momento?**	
Si		
No	X	
¿Cuál?		
8	**¿Cuántas veces generalmente come al día? (marque con una X)**	NO

ZITARAVIRÁ

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANAMNESIS

ACTIVIDAD FÍSICA

11	**¿Ha realizado algún deporte de forma competitiva?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
12	**¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico en gimnasio?**	
Si		
No		
¿Cuál?		
13	**¿Cómo fue la experiencia?**	
A	Buena	
B	Regular	
C	Mala	
	¿Por qué?:	
14	**¿Hace ejercicio en la actualidad?**	
Si		
No		
15	**Si respondió NO. ¿Cuánto hace que no realiza ejercicio?**	
16	**Si respondió SI ¿Cuántos días a la semana realiza más de 30 minutos de ejercicio?**	
A	De 1 a 3	
B	De 4 a 6	X
C	7	
17	**¿Practica algún deporte?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
¿Por qué?		
18	**¿Cuántos minutos al día dedica a caminar?**	
A	10-20	
B	20-30	
C	30 o +	
19	**¿Consume alimentos con altos contenidos de grasas saturadas?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
20	**¿Consume alguna sustancia alucinógena?**	
Si		
No		X
¿Cuál?		
21	**¿Tiene un buen manejo de su tiempo de ocio?**	
Si		X
No		
¿Por qué?		
22	**¿Con que frecuencia consume verduras y frutas?**	
A	1 vez a la semana	
B	2 veces a la semana	X
C	3 o más veces	
23	**¿Hidrata antes, durante y después de realizar ejercicio?**	
Si		
No		X
¿Por qué?	Me gusta estar hidratada porque ejercitarse es algo saludable	

3- Objetivos en prescripción de Actividad Física:

26	**MARQUE CON UNA X SUS OBJETIVOS**	
A	Aumentar su resistencia cardiaca	X
B	Aumentar su porcentaje de masa muscular (HIPERTROFIA)	
C	Disminuir el índice de masa grasa	X
D	Tonificar	X
E	Sentirse mejor	X
F	Fortalecimiento de los huesos	X
G	Mejora del estado de ánimo	X
H	Otro ¿Cuál?	

FIRMA DEL EVALUADOR _____ FIRMA DEL EVALUADO Dora Liliana Silva P.

Concepto de Aptitud Laboral



IDENTIFICACION:	NOMBRE COMPLETO:
CC 24511634	DORA LILIANA SILVA PEREZ

EDAD:	TELÉFONO:
57 años 8 meses 24 días	3206676825

DIRECCIÓN:
CALLE 8 NRO. 4-97

ENTIDAD:	ATENCIÓN:
MUNICIPIO DE BALBOA	2025-03-21

TIPO DE CITA:	OCUPACIÓN:
PERIODICO	SECRETARIA ALCALDE

CONCEPTO MÉDICO PERIÓDICO

NO PRESENTA ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

EXÁMENES PRACTICADOS

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	2025-03-21

RECOMENDACIONES GENERALES

HáBITOS DE VIDA SALUDABLE
CONTROL DE PESO
EJERCICIO REGULAR
DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y CARBOHIDRATO
RECOMENDACIONES MéDICAS
CONTINUAR MANEJO CON MEDICO DE EPS
USAR CORRECCION VISUAL RECOMENDADA
RECOMENDACIONES MéDICO-LABORALES
REALIZAR OPTOMETRIA PERIODICA EN 12 MESES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

YO DORA LILIANA SILVA PEREZ CON IDENTIFICACIÓN NO CC 24511634. AUTORIZO AL PROFESIONAL ABAJO MENCIONADO, A QUE SE ME REALICE DE MANERA VOLUNTARIA EL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DEJO CONSTANCIA QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE MANIFESTAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS Y REFERENCIADOS EN ESTE DOCUMENTO. COMPRENDO EL PROPÓSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACIÓN Y RIESGOS DEL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PROFESIONAL ABAJO MENCIONADO. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES VERDADERA, COMPLETA Y ACEPTO EL MANEJO DE CONFIDENCIALIDAD QUE LA IPS SALUD LABORAL SAS DÉ A LA MISMA, AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN RECOPILADA EN LAS BASES DE DATOS PUEDE SER UTILIZADA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS EMPRESAS Y LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CON FINES CIENTÍFICOS, (LEY 1581 DEL 2012). SUMINISTRÉ LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST).

EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 22 ORDENAL B DEL DECRETO DE 1994, EL/LA ASPIRANTE O TRABAJADOR DECLARA QUE HA SUMINISTRADO LA INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA, SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (GATISST) DEL MINISTERIO DEL TRABAJO.

Liya Urazmetova
Reg. Med. LPSSO 7384-10 | Médico Especialista en Salud Ocupacional

DORA LILIANA SILVA PEREZ
CC 24511634

Calle 19 Nº 5-13 · Clínica Risaralda · Consultorio 803 y 804A · Fijo: 335 9529
Celular: 310 596 0201 · gerencia@ipssaludlaboralsas.com

clínica los rosales

CLINICA LOS ROSALES S.A.

891409981 - 0

RHsClxFo
Pag: 1 de 1
Fecha: 16/12/24
G.otareo: 13

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24511634 -- DORA LILIANA SILVA PEREZ

Empresa: SALUD TOTAL PGP "C""U" **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 12/02/1968 **Edad actual :** 56 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3206676825 **Dirección:** CL 8 4-97
Barrio: BALBOA (ZONA URBANA) **Departamento:** RISARALDA
Municipio: BALBOA **Grupo Etnico:**
Etnia: **Atención Especial:**
Nivel Educativo: **Grupo Poblacional:**
Discapacidad:

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL **Edad :** 56 AÑOS

FOLIO 14 **FECHA** 16/12/2024 17:15:48 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en el pie

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con cuaro de dolor en antepie izquierdo, frabca mejoria al tomar tiamina, refiere dolor en region inguina al caminar largas distancias
Antecedentes: HTA
Examen fisico
Pie izquierdo: dolor a la palpacion de base de 5 dedo, neurovascular ok
I diagnostica
metatarsalgia
Plan
rx pie y cadera izquierda
Control

DIAGNÓSTICO M774 METATARSALGIA Tipo PRINCIPAL

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	Pendiente
1	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE AP Y OBLICUA izquierdo	Pendiente

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA PORORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Fecha de Orden: 16/12/2024 Ordenada

OBSERVACIONES

control

RESULTADOS :

Diagnóstico Vascular

PACIENTE	DORA LILIANA SILVA PEREZ
EDAD	57 AÑOS
IDENTIFICACION	24511634
FECHA	FEBRERO 03 DE 2025

ECOGRAFÍA DÚPLEX EN COLORES DEL SISTEMA VENOSO DE LOS MIEMBROS INFERIORES PARA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL

Se utilizó un transductor lineal y trapezoidal de alta resolución y alta sensibilidad, con el cual simultáneamente, y en tiempo real, se obtuvieron las imágenes anatómicas en modo B a 7.5 mHz, y se hicieron el análisis espectral y el estudio del flujo a color con Doppler pulsado.

MIEMBRO INFERIOR DERECHO

La unión safeno-femoral es competente, la safena mayor se continua competente en todo su recorrido en el muslo con un diámetro de 3.7 mm. En la pantorrilla la safena mayor se continua competente en todo su recorrido hasta su segmento más distal en el maléolo interno.
La safena menor es competente en todo su recorrido hasta el talón.
Vena poplítea y sistema profundo competente sin signos de trombosis venosa reciente o antigua.
Todas las estructuras venosas del sistema profundo presenta flujo fásico con la respiración y colapsan con la maniobra realizada.

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

La unión safeno-femoral es competente, la safena mayor se continua competente en todo su recorrido en el muslo con un diámetro de 3.9 mm. En la pantorrilla la safena mayor se continua competente en todo su recorrido hasta su segmento más distal en el maléolo interno.
La safena menor es competente en todo su recorrido hasta el talón.
Vena poplítea y sistema profundo competente sin signos de trombosis venosa reciente o antigua.
Todas las estructuras venosas del sistema profundo presenta flujo fásico con la respiración y colapsan con la maniobra realizada.

Conclusión

1. **EL PRESENTE ESTUDIO ES NEGATIVO PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA O SUPERFICIAL AGUDA O ANTIGUA EN FORMA BILATERAL.**
2. **ESTUDIO NEGATIVO PARA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL TRONCULAR (SISTEMA SAFENA MAYOR O MENOR) O PROFUNDA DE LOS MIEMBROS INFERIORES.**

Harold Miranda MD FACP
MEDICINA VASCULAR

Diana M Marin EF M.S.P.
REGISTRO TC VASCULAR

*** SE REALIZA ESTUDIO DIAGNOSTICO CON TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN COMO LO RECOMIENDA LA OMS Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA EVITAR CONTAGIO Y TRANSMISION DEL VIRUS COVID 19 ***