

CUESTIONARIO DE SALUD

DATOS PERSONALES	
Nombre y Apellidos del alumno:	<input type="text"/>
D.N.I. del alumno:	<input type="text"/>
Nombre y Apellidos del padre/madre/tutor (si el alumno es menor de edad):	<input type="text"/>
D.N.I. del padre/madre/tutor (si el alumno es menor de edad):	<input type="text"/>

Defina su estado actual de Salud			Defina sus hábitos		SI	NO
<input type="checkbox"/>	Muy Bueno			¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bueno	¿Bebe Alcohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Regular	¿Hace Deporte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Malo	¿Toma medicación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Muy Malo					
				Kg.	Cm.	
			Peso Actual/Altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PREVENCIÓN		SI	NO
¿Se hace chequeos médicos anuales?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intervenciones Quirúrgicas		SI	NO	Declárelas
¿Ha sido operado alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fecha	Operación	Secuelas		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ingresos médicos		SI	NO
¿Ha sido ingreso alguna vez en un centro hospitalario, por cualquier causa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha	Motivo del ingreso	Días de ingreso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Declare sus dos últimas visitas al médico		
Fecha	Motivo de la visita	Especialista de:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Padece o ha padecido alguna/s enfermedades que debamos tener en cuenta porque condicione la práctica deportiva? Descríbelas

Intervenciones Quirúrgicas Pendientes	SI	NO
¿Tiene pendiente de realizarse alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indica Cuáles:		

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos.

Firma del Alum@ o usuario
(Si es menor de edad debe firmar el padre/madre/tutor)