



FORMATO DE CUESTIONARIO MÉDICO

CÓDIGO: FO-FN-04

VERSIÓN: 01

VIGENCIA: Octubre 13 de 2010

PÁGINA: Página 1 de 1

Apreciados Madres y Padres de familia:

A lo largo del presente curso escolar desde el área de Preparación Física se pretende contribuir a la mejora de los hábitos de salud y condición física de su hijo/a, es por este motivo que le pedimos que diligencie detalladamente el siguiente cuestionario para orientar adecuadamente a su hijo en las actividades del programa de Preparación Física.

IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos:

.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Curso:..... Programa..... Teléfono:.....

HISTORIAL DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad crónica?

¿Cuál?

¿Padece alguna enfermedad del corazón?

¿Cuál?

¿Padece alguna alteración de la columna vertebral?

¿Utiliza gafas o lentes de contacto?

¿Utiliza audífono?

¿Es epiléptico?

¿Padece asma bronquial?

¿Ha sufrido algún desmayo con pérdida temporal del sentido durante la realización de actividad física?

¿Tiene vértigo?

¿Es diabético?

¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿Cuál?.....

¿Ha tenido alguna fractura de huesos? ¿Cuál?.....

¿Hay algún motivo que desaconseja la práctica de actividad física?

¿Cuál?

Observaciones del Padre/Madre:

.....
.....
.....

Firma de los padres _____