



## CUESTIONARIO CLÍNICO

Este cuestionario debe ser contestado y firmado por un Médico examinador, el Médico puede ser el de su preferencia, siempre y cuando cuente con Cédula Profesional.

NOMBRE \_\_\_\_\_

Grado y Grupo \_\_\_\_\_ N.L. \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINEO \_\_\_\_\_

### ESTADO DE SALUD

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO

¿Padeces alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento de forma regular \_\_\_\_\_ ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

Actualmente está en tratamiento o vigilancia médica por alguna razón? \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna deficiencia en el oído? ( si ) ( no )      ¿Tienes alguna deficiencia en el habla? ( si ) ( no )

¿Tienes alguna alteración de la vista? ( si ) ( no )      ¿Tienes alguna alergia? ( si ) ( no )

En caso afirmativo especifica \_\_\_\_\_

Si en tu familia hay antecedentes de las siguientes enfermedades y quien la padece.

diabetes ( ) \_\_\_\_\_ cáncer ( ) \_\_\_\_\_

hipertensión arterial ( ) \_\_\_\_\_ asma ( ) \_\_\_\_\_

epilepsia ( ) \_\_\_\_\_ obesidad ( ) \_\_\_\_\_

enfermedades cardíacas ( ) \_\_\_\_\_

Que medicamento autoriza en caso de que su hijo(a) presente dolor de:

cabeza \_\_\_\_\_

Estomago \_\_\_\_\_

Cólico menstrual \_\_\_\_\_

Fiebre \_\_\_\_\_

### EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO \_\_\_\_\_ Kgs. TALLA (estatura) \_\_\_\_\_ cms. IMC \_\_\_\_\_

Está clínicamente sano para hacer cualquier actividad física si ( ) no ( )

Tiene algún impedimento para nadar si ( ) no ( ) Favor de comprobar medicamento

Hay alguna recomendación de su médico tratante en cuanto actividades escolares, deportivas, etc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
**CÉDULA PROFESIONAL**