



## **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? En caso afirmativo especifica y menciona medicamento.

¿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

¿Tienes alguna cicatriz y lunar que te identifique? ( si ) ( no )

En caso afirmativo, especifica dónde la tienes \_\_\_\_\_

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**

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

\_\_\_\_\_  
**CÉDULA PROFESIONAL**