

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