



CUESTIONARIO DE SALUD

DATOS PERSONALES		
Nombre y Apellidos:		
Edad:		DNI:
Nombre y Apellidos del padre/ madre/tutor (Si es menor de edad)		
DNI:	Teléfono:	

Defina su estado actual de Salud		Define sus hábitos		SI	NO
	Muy Bueno		¿Fuma?		
	Bueno		¿Bebe Alcohol?		
	Regular		¿Hace Deporte?		
	Malo		¿Toma medicación?		
	Muy Malo			Kg.	Cm.
			Peso Actual/Altura		

PREVENCIÓN		SI	NO
¿Se hace chequeos médicos anuales?			

Intervenciones Quirúrgicas		SI	NO	Declárelas
¿Ha sido operado alguna vez?				
Fecha	Operación	Secuelas		

Ingresos médicos			SI	NO
¿Ha sido ingreso alguna vez en un centro hospitalario, por cualquier causa?				
Fecha	Motivo del ingreso	Días de ingreso		

Declare sus dos últimas visitas al médico		
Fecha	Motivo de la visita	Especialista de:

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

Intervenciones Quirúrgicas Pendientes	SI	NO
¿Tiene pendiente de realizarse alguna intervención quirúrgica?		
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)