

ÁREA DE SALUD DEPORTIVA E INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DEL MENOR DE EDAD A RELLENAR POR EL PADRE/MADRE

Le rogamos lea atentamente y rellene con la mayor exactitud posible todas las preguntas que figuran a continuación referente a los antecedentes médicos y familiares de su hijo/a

NOMBRE DEL NIÑO/A:		
Fecha nacimiento:	Teléfono:	
Domicilio:		
Población:	Provincia:	C:P

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Las siguiente preguntas se refieren a los padres, hermanos, tíos y abuelos, ponga una cruz en la casilla correspondiente SI o NO. En las preguntas que responda SI, especifique el grado de parentesco con el niño, por ejemplo (abuelos, tíos, hermanos....)

	NO	SI
¿Algún familiar ha padecido alguna enfermedad de corazón?		
¿Algún familiar ha fallecido alguna enfermedad de corazón?		
¿Algún familiar padece de tensión arterial alta?		
¿Algún familiar padece de diabetes? (azúcar en la sangre)		
¿Algún familiar padece de colesterol alto?		
¿Algún familiar padece de asma bronquial?		
¿Algún familiar ha fallecido de repente sin causa conocida?		

	EDAD	PESO	TALLA
PADRE			
MADRE			

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO/A

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

NO SI (Diga cual y con qué edad)

¿Ha sufrido alguna fractura de hueso?

NO SI (Diga cual y con qué edad)

¿Ha sufrido alguna un desmayo o perdida de conocimiento?

NO SI (Diga en qué circunstancia y con qué edad)

¿Padece asma? NO Si

¿Padece algún tipo de alergia? NO SI (Especifica a qué)

¿Padece de diabetes? NO SI

¿Usa Plantillas? NO SI (Especifica porqué)

¿Usa Gafas o Lentillas? NO SI

¿ Ha padecido o padece alguna enfermedad que quiera comunicarnos?

DATOS DE LA PERSONA QUE RELLENA EL CUESTIONARIO

D/Dª:

Relación con el niño/a PADRE MADRE TUTOR LEGAL

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos proporcionados a cerca de los antecedentes de mi hijo/a son ciertos

Fecha y Firma