

CUESTIONARIO MEDICO



Para los participantes

Importante: cada participante tiene la obligación de llenar todos los espacios. En caso de ser menores de edad a través de su padre o tutor. La información de este cuestionario será tratada de manera estrictamente confidencial.

Nombre completó (participante):

Dirección

Ciudad Estado: País:

Fecha de nacimiento: Edad:

1.- ¿Tomas algún medicamento cotidianamente (por prescripción o por tu cuenta? Si No
De ser sí, especifica las cantidades y el tipo de medicamento que estás tomando.

2.- ¿Eres alérgico a algún medicamento? Si No
De ser sí, especifica nombre y tipo de medicamento.

3.- Menciona cualquier otro tipo de alergia que padezcas (comida, abejas, polen, polvo) y si estás en tratamiento constante para tratarlas:

4.- ¿Has estado bajo tratamiento médico contra alguna enfermedad en los últimos tres años?
 Si No
De ser sí, especifica de que se trató.

5.- ¿Has tenido o se han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?:

- Asma Taquicardia
 Náuseas/Vómitos Dolores de cabeza
 Mareos Visión Borrosa
 Presión Alta Presión baja
 Palpitaciones Pérdida auditiva
 Sangre en la orina Sangre en las heces
 Dolor de pecho Mononucleosis
 Hipertiroidismo Hipotiroidismo
 Tuberculosis Entumecimiento de brazos y piernas
 Hepatitis de tipo _____ Epilepsia

6.- ¿Has sido sometido a cirugía o procedimientos quirúrgicos en los últimos tres años? Si No
De ser sí, especifica de que se trató.

7.-¿Cual es tu tipo de sangre y factor RH? (Información obligatoria)

8.- ¿Usas anteojos o lentes de contacto? Si No
De ser sí, especifica cuales:

9.- ¿Hay algo más que debemos saber concerniente a tu salud? Si No
De ser sí, especifica de que se trata.

En caso de emergencia contactar a:

Nombre y apellido Parentesco:

Dirección:

Ciudad/Estado/País:

Teléfono:

AFIRMO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE DECLARADO DEL MENOR ES VERIDICA Y EXACTA, ASUMIENDO TODA RESPONSABILIDAD.

Lugar y fecha

Nombre completo (Padre o Tutor)

Firma