



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?:

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