



## 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 \_\_\_\_\_