

NOMBRE Y APELLIDOS:
EDAD:
Nº S.S. o SIMILAR:

CUESTIONARIO		SI	NO
1	¿Es su primer campus en la UMA?	☐	☐
2	¿Ha padecido alguna enfermedad o lesión desde su última revisión por su médico? ¿Cuál?	☐	☐
3	¿Ha estado hospitalizado más de 24 horas o ha sufrido alguna intervención quirúrgica? ¿Cuál?	☐	☐
4	¿Toma alguna medicación, inhaladores, suplementos? ¿Para qué?	☐	☐
5	¿Tiene alguna alergia (por ejemplo a pólenes, medicinas, alimentos o picaduras de insecto)? ¿Cuál?	☐	☐
6	¿Ha presentado alguna vez manchas en la piel durante el ejercicio?	☐	☐
7	¿Se ha mareado o perdido el conocimiento al hacer ejercicio?	☐	☐
8	¿Se cansa más que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
9	¿Se le acelera el corazón, tiene soplo o palpitaciones? ¿Cuándo?	☐	☐
10	¿Ha tenido alguna vez la tensión alta?	☐	☐
11	¿Ha tenido alguna vez el colesterol elevado?	☐	☐
12	¿Ha fallecido algún pariente suyo por enfermedades del corazón o de forma súbita antes de los 50 años?	☐	☐
13	¿Tiene algún familiar tratamiento con anticoagulantes? (p.ej. Sintrom)	☐	☐
14	¿Ha tenido alguna enfermedad vírica severa en el último mes?	☐	☐
15	¿Tiene actualmente algún problema en la piel? ¿Cuál?	☐	☐
16	¿Ha padecido alguna vez un traumatismo craneal o una conmoción?	☐	☐
17	¿Ha tenido en alguna ocasión convulsiones?	☐	☐
18	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?	☐	☐
19	¿Ha padecido alguna vez un pinzamiento de algún nervio?	☐	☐
20	¿Se ha puesto enfermo alguna vez por hacer ejercicio con mucho calor?	☐	☐
21	¿Tiene tos, "pitos" o dificultad respiratoria durante o después del ejercicio?	☐	☐
22	¿Tiene algún tipo de alergia estacional que requiera medicación? ¿Cuál?	☐	☐
23	¿Utiliza algún equipo especial corrector (gafas, rodillera, collarín, plantillas, audífono, corrector dental...)? ¿Cuál? ¿Para qué?	☐	☐
24	¿Ha tenido algún problema muscular, de tendones, huesos? ¿Dónde?, señale la zona. ☐ Cabeza ☐ Codo ☐ Muslo ☐ Tórax ☐ Mano ☐ Tobillo ☐ Cuello ☐ Antebrazo ☐ Rodilla ☐ Hombro ☐ Dedo ☐ Pie ☐ Espalda ☐ Muñeca ☐ Pierna ☐ Brazo ☐ Cadera	☐	☐
25	¿Le ha dicho su médico que tiene que pesar más o menos de lo que pesa? ¿Tiene alguna dieta especial? ¿Cuál? ¿Por qué?	☐	☐
26	¿Ha pasado controles de niño sano?	☐	☐
27	¿Tiene el calendario vacunal correcto para su edad?	☐	☐
28	Si es mujer, ¿cuándo fue su primera regla?	☐	☐
29	El niño/a necesita algún apoyo especial por presentar discapacidad física, psíquica o sensorial ¿Cuál?	☐	☐

OBSERVACIONES:

Por la presente declaro que según mi mejor conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son correctas y completas.

Fecha:

Firma del familiar y/o tutor legal:

Firmado: