



NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

Nº S.S. o SIMILAR:

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

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: