CUESTIONARIO DE SALUD PARA ALUMNOS/AS

Con el objeto de actualizar los datos de salud sobre su hijo/a y para establecer las medidas adecuadas que salvaguarden su salud en caso de necesidad, les rogamos tengan a bien rellenar el siguiente cuestionario referido a antecedentes médicos:

Nombre alumno:_____ Apellidos: _____

F. de nacimiento: _____ Curso: _____

1. ¿Tiene su hijo/a alguna dificultad articular. ósea o muscular? (pies planos,columna vertebral desviada.....)

_____

_____

2. ¿Tiene su hijo/a algún problema de corazón?

_____

3. ¿Padece de algún problema respiratorio? (asma, bronquitis asmática.....)?

_____

4. ¿Es alérgico? ¿Le produce esa alergia alguna insuficiencia respiratoria continuada o es esporádica dependiendo de la época anual? ¿Está en tratamiento?

_____

_____

_____

5. ¿Es diabético/a?

_____

6. Si existen otras dificultades que crea conveniente señalar no dude en hacerlo:

_____

_____

_____

Firma del progenitor 1

Fdo.:_____

Firma del progenitor 2

Fdo.:_____