

## **CUESTIONARIO MÉDICO:**

Apellido(s):

Nombre(s):

Fecha de nacimiento

Sexo: F M

Tamaño

Peso :

Grupo sanguíneo

**Antecedentes médicos:** ¿Ha tenido problemas médicos que necesitaron exámenes , tratamientos prolongados, hospitalización, aun breve?

**Antecedentes quirúrgicos:** ¿Ha tenido cirugías y/o anestesia, si contesta afirmativamente, ¿Cuándo ? ¿Por qué?

### **Alergias :**

**Tratamiento actual:** ¿Toma medicamentos actualmente?, Si contesta afirmativamente, escriba cuáles son?

Tienes ?

- |                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Gafas:              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - Lentes de contacto: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - Prótesis :          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

### **¿Dieta especial?**

Si  No

En caso afirmativo cual tipo de dieta

¿Está al día con sus vacunas? ?

- DT Polio :  Si Fecha :  
 No
- Hepatitis :  Si Fecha :  
 No
- Covid 19 :  Si Fecha :  
 No

Tienes nociones de secorso?

- Si ¿Cuál es su nivel?
- No

COMMENTARIOS :

EN CASO DE ACCIDENTE:

Contrato de repatriación, evacuación sanitaria :

Nombre de su Compañía de seguros:

Tel N°:

Nombre de su médico personal:

Tel N°: :

Persona por contactar en caso de emergencia :

Tel N°: :

“Certifico que lo expresado aquí es verdadero”

Fecha :

Firma :