

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 :