

ENCUESTA ESCOLAR DE SALUD

COLEGIO \_\_\_\_\_

APELLIDOS\_NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NIVEL EN EL QUE SE MATRICULA \_\_\_\_\_

1.-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
(ASMA,BRONQUITIS....)

SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

2.-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

3.-PADECE ALGUNA ALERGIA  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

4.- ALGUNA ENFERMEDAD ENDOCRINA (DIABETES....)  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

5.-PADECE O HA PADECIDO CONVULSIONES  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

6.-PADECE MAREOS O PÉRDIDAS DE CONCIENCIA  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

7.-PADECE ALGÚN PROBLEMA DE COLUMNA VERTEBRAL  
( DESVIACIONES,ETC...)

SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

8.-PADECE ALGÚN PROBLEMA EN LOS PIES , EN LAS PIERNAS  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

9.-PADECE ALGÚN PROBLEMA EN LA PIEL  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

10.-PADECE ALGÚN PROBLEMA DE VISIÓN O AUDICIÓN  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

11.-HA PADECIDO ALGUNA LESIÓN DE IMPORTANCIA  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

12.-SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO  
EN CASO AFIRMATIVO EXPLICAR \_\_\_\_\_

SI  NO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

(Autorizo a la Dirección del Centro a facilitar estos datos a los tutores en caso necesario)

FECHA/FIRMA: PADRE/MADRE/TUTOR:

(Si en algún momento del curso escolar su hijo/a sufriese alguna dolencia o enfermedad, o variación en la actual, ruego nos lo comunique por escrito, indicando dicha enfermedad y las recomendaciones y tratamiento que el Médico haya indicado.)