

HISTORIAL MÉDICO

(A contestar polos pais, nais ou titores legais do/a alumno/a e entregar á Profesora de Educación Física)

NOME E APELIDOS D@ ALUMNO@: _____

CURSO: _____

1. Ten algunha enfermidade crónica? En caso afirmativo, especifique que enfermidade ten _____

2. Hai algún motivo que lle impida practicar exercicio físico ou que lle produza algunha molestia ao practicalo?

3. É diabético/a? SI NON En caso afirmativo, segue algún tratamento? Especifique que tipo de tratamento _____

4. Ten ou tivo ataques convulsivos ou epilepsia? SI NON En caso afirmativo, segue algún tratamento? Especifique que tipo de tratamento _____

5. Ten algunha enfermidade pulmonar? (asma, bronquite...).SI NON En caso afirmativo, especifique que enfermidade ten _____

6. Ten algún problema cardíaco ou enfermidade do corazón? SI NON En caso afirmativo, diga cal ten e se segue algún tratamento _____

7. Foi operado/a algunha vez? SI NON En caso afirmativo, especifique que tipo de operación e a data aproximada (serve co ano no que se operou) _____

8. É alérxico/a a algo? SI NON En caso afirmativo, diga a que é alérxico/a e se segue algún tipo de tratamento _____

9. Toma algún medicamento de forma regular? SI NON En caso afirmativo, diga que toma , para que e cada canto tempo _____

10. Tivo algunha lesión de certa importancia? SI NON En caso afirmativo, diga que tivo e hai canto tempo _____

11. Hai algunha cuestión respecto á saúde do seu fillo ou da súa filla que Vostede quera sinalar con respecto á realización de actividade física? _____

Asinado

D.N.I. de quen asina: