



## ENCUESTA DE SALUD



LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA ENCUESTA  
ES CONFIDENCIAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

--	--	--

SEM. Y GRUPO: \_\_\_\_\_ CARRERA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PARA CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

TALLA: CH - M - G - XL - XXL \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_

### SELECCIONA UNA OPCIÓN

DETECCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
TIPO DE SANGRE			
BAJA VISIÓN			
DISCAPACIDAD MOTRIZ			
USO DE PRÓTESIS			
USO DE LENTES			
SOBREPESO U OBESIDAD			
DEBILIDAD AUDITIVA			
EPILEPSIA			
DIABETES			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE			
PIE PLANO			
TRATAMIENTO MÉDICO			
ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO			
APTITUDES SOBRESALIENTES			
REALIZAS DEPORTE			
TIENES UN EMPLEO			
TIENES HIJOS			
PADECES ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O CONDICIÓN QUE AFECTE TU SALUD. ¿CUÁL?			

**“AUTORIZO QUE EN CASO NECESARIO SE LE BRINDEN PRIMEROS AUXILIOS A MI HIJO (A)”**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor