

DECLARACIÓN MÉDICA - INFORME DEL SOLICITANTE
(Información Confidencial)

1. Has padecido alguna vez enfermedades cardiovasculares, incluyendo tensión arterial alta, angina o dolor de pecho, palpitaciones cardíacas, problemas con las válvulas cardíacas o arritmias?-----
2. Te han operado alguna vez del corazón o de los pulmones?-----
3. Has padecido o padeces asma o has tomado alguna vez medicación para el asma?----
4. Has tenido alguna vez un neumotórax?-----
5. Ha tenido alguna enfermedad relacionada con el pecho o los pulmones?-----
6. Has tenido lipotimias, desmayos o mareos constantes?-----
7. Has tenido problemas de oídos en los últimos diez años?-----
8. Te han hecho una ileostomía, colostomía o te han operado por una hernia de hiato?----
9. Has tenido alguna vez un ataque epiléptico?-----
10. Has tenido o tienes migrañas o dolores fuertes de cabeza?-----
11. Has padecido alguna enfermedad cerebral o del sistema nervioso (incluyendo derrame cerebral o esclerosis múltiple)?-----
12. Te han operado de la espalda o de la columna vertebral?-----
13. Has padecido síntomas de enfermedad mental o psicológica de cualquier tipo, miedo a espacios reducidos, a las multitudes o ataques de pánico?-----
14. Tienes antecedentes de abuso de alcohol o drogas en los últimos cinco años?-----
15. Eres diabético?-----
16. Estás siguiendo algún tratamiento médico que incluya toma de medicamentos (exceptuando anticonceptivos)?-----
17. Estás en la actualidad siendo tratado o has consultado al médico durante el último año por alguna otra cosa que no sean infecciones o enfermedades leves?-----
18. Alguna vez te han dado no apto en un reconocimiento médico o de seguro de vida, o te han propuesto unas condiciones especiales?-----
19. Estás siendo o has sido tratado por alguna depresión?-----
20. Has tenido alguna vez o has sido tratado por una enfermedad descompresiva?-----

La información que he facilitado sobre mi historia médica es exacta a mi mejor entender. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por las omisiones relativas a un fallo al reconocer cualquier condición actual o pasada relacionada con mi salud.

Firma Fecha Firma de padres o tutor Fecha

Por favor, escriba con claridad.

ALUMNO-----
Nombre Fecha de nacimiento (día / mes / año)-----
Dirección-----
Ciudad/Provincia-----
País Código postal-----
Tel. particular -----
E-mail FAX-----