



ENQUESTA PER A L'HISTÒRIA MÈDICA I ESPORTIVA

DADES DE L'ALUMNE/A

Nom..... Cognoms

Adreça..... Localitat

Telèfon..... Data de naixement.....

HISTÒRIA ESPORTIVA

Practica actualment algun esport? **Si** **No**

Quin:.....

Ha practicat activitats esportives abans **Si** **No**

Quines:.....

HISTORIAL MÈDIC

Té alguna malaltia crònica?: **Si** **No**

En cas afirmatiu, especifiqueu quina:

Ha tingut algun desmai o defalliment amb pèrdua temporal del coneixement?: **Si** **No**

En cas afirmatiu, coneixeu quina ha estat la causa?

.....

Hi ha algun motiu que li impedeixi practicar exercici físic o que li produeixi alguna molèstia en practicar-lo?. **Si** **No**

En cas afirmatiu, especifiqueu quin:

.....

És diabètic? **Si** **No**

Té atacs convulsius o epilèpsia? **Si** **No**

Té alguna malaltia pulmonar? **Si** **No**

En cas afirmatiu, especifiqueu quina:.....

Té algun problema cardíac o malaltia del cor? **Si** **No**

En cas afirmatiu, especifiqueu quin:

L'han operat/ada alguna vegada? **Si** **No**

En cas afirmatiu, especifiqueu de què

.....



És al·lèrgic/a a alguna cosa?

Si No

En cas afirmatiu, especifiqueu de què

Quins símptomes li provoca?

.....

Pren algun medicament de forma regular

Si No

En cas afirmatiu, especifiqueu quin:.....

.....

Ha tingut alguna lesió de certa importància?

Si No

En cas afirmatiu, especifiqueu quina:.....

.....

✓ **ALTRES DADES**

Si desitgeu ampliar qualsevol de les qüestions anteriors o bé proporcionar alguna altra informació que us sembli interessant per a la pràctica esportiva del vostre fill o filla podeu utilitzar aquest espai:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....,d de 201...

Signatura