

## EVALUACIÓN INICIAL DE SALUD

NOMBRE \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

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

### DATOS MÉDICOS RELEVANTES

Padece algún problema cardiovascular Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Padece algún tipo de alergia Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Padece alguna enfermedad osteoarticular Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Padece asma o alguna dificultad respiratoria Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Padece alguna deformación en la columna vertebral Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Padece alguna deformación en los pies Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO
Otras enfermedades o patologías Si respondió sí, amplíe la información	SI	NO

Si has respondido afirmativamente, deberás presentar junto a esta hoja el informe médico que indique exactamente el tipo de patología que presenta. El objeto de esta información es adecuar la actividad docente a las necesidades del alumno o alumna.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. Padre, madre, tutor o tutora