

## CUESTIONARIO MÉDICO-FAMILIAR

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

### Enfermedades importantes:

Intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones

Estudios médicos o psicológicos realizados:

Tratamientos a que ha estado o está sometido:

### OBSERVACIONES:

Por favor, indique si su hijo/a es **alérgico** a alguno de estos productos:

**Betadine:**

**Cristalmina:**

**Tiritas:**

**Agua oxigenada:**

**Otras:**

**Alimentos:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_