	FICHA DE SALUD	2027
	COLEGIO ANTILEN DE RENGO	

Nombres: _____ Apellidos: _____ Curso: _____

CUESTIONARIO

Leer detenidamente el cuestionario, responder, a fin de que conozcamos los posibles problemas o dificultades que tengan para la realización de Actividad Física.

1. ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares?, si es afirmativo mencionar que tipo de problema tiene.

Si: _____ No: _____

Mencionar: _____

2. ¿Padece algún tipo de alergia?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

3. ¿Tiene dificultades respiratorias?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

4. ¿Manifiesta alguna patología osteo-articular?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

5. ¿Padece algún tipo de alteración en la columna vertebral?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

6. ¿Padece alguna alteración a los pies, rodilla (planos, cavos) ?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

7. Especifique aquellas enfermedades o traumatismos que hayan sufrido y que requieran algún cuidado o tratamiento especial:

_____

_____

8. ¿Requiere su hijo/a alguna medicación?

Indique: _____

9. ¿Su hijo/a presenta algún problema auditivo o visual?

Mencione cual: _____

10. Mencionar si su hijo/a padece de:

Diabetes: _____ Epilepsia: _____ Migrañas: _____ Cefaleas: _____ Mareos: _____ Ninguno: _____

	FICHA DE SALUD	2027
	COLEGIO ANTILEN DE RENGO	

11. ¿Su hijo/a tiene alguna enfermedad que le impida realizar Ed. Física? Explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explique: _____

12. ¿Practica alguna actividad física y/o deportiva?, explicar en caso afirmativo.

Si: _____ No: _____

Explicar: _____

13. Otros cuidados que considere explicar:

_____

_____

Programa de Integración Escolar (PIE)

1.- Su hijo/a presenta algún diagnóstico del aprendizaje?, marque cual:

- _____ Trastorno del lenguaje (TL)
- _____ Dificultades del aprendizaje (DEA)
- _____ Trastorno de déficit atención/hiperactividad (TDA/H)
- _____ Trastorno del espectro autista (TEA)
- _____ Discapacidad intelectual limítrofe (DIL)
- _____ Funcionamiento intelectual limítrofe (FIL)
- _____ Discapacidad motora
- _____ Discapacidad visual
- _____ Ninguno

_____

Firma del apoderado