

Entrenamiento de Tiempo Completo en Caacupé
FORMULARIO MÉDICO DEL ENTRENANTE

—CONFIDENCIAL—

Nombre		Edad		Fecha nacimiento	
La iglesia que envía		Teléfono			
Nacionalidad		eMail			

- *Es necesario hacerse una prueba de tuberculosis que no sea de más de seis meses **antes** de comenzar el entrenamiento.*
- *Si juzga que alguna pregunta es muy personal, siéntase libre de omitirla y discutirla con el representante de salud.*
- **Favor de dar detalles a las respuestas que conteste SI, es decir, que requieran explicación. Use el espacio provisto al final del formulario.**

1	¿Goza al presente de una salud estable y libre de enfermedades contagiosas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2	¿Es alérgico a algún medicamento? Si lo es, traiga evidencia médica.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3	¿Está tomando algún medicamento con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4	¿Es alérgico a algún alimento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5	¿Tiene alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6	¿Tiene algún impedimento físico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7	¿Ha sido sometido a cirugía alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8	¿Le ha recomendado el médico algún análisis o tratamiento que aún no ha llevado a cabo? Por ejemplo: radiografías debido a una tos crónica, a una posible operación o a una hernia.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9	¿Ha padecido alguna vez de estas enfermedades?:		
	a. úlceras gástricas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	b. tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	c. hepatitis A o B, ¿cuál? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	d. enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	e. enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	f. cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	g. alta presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	h. crisis nerviosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	i. epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	j. asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	k. otra enfermedad seria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10	¿Ha sido alguna vez hospitalizado por enfermedad física?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11	¿Ha sido alguna vez hospitalizado por enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12	¿Ha estado alguna vez bajo cuidado psiquiátrico o psicológico o se le ha recomendado visitar a un profesional psiquiatra o psicólogo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13	¿Tiene dificultad para quedarse dormido en la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
14	¿Se despierta en la noche o tiene dificultad en volver a dormirse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
15	¿Tiene temores poco comunes (tales como claustrofobia)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
16	¿Tiene dificultad en adaptarse a nuevas situaciones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
17	¿Ha padecido de ataques de ansiedad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
18	¿Ha padecido de migraña?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

19	<p>¿Ha usado las siguientes sustancias en los últimos tres años?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y el número de cajetillas diarias) • Alcohol (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y con cuánta frecuencia a la semana) • Drogas que formen hábito (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y con cuánta frecuencia a la semana) 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
20	<p>¿Se le ha practicado un examen físico en los últimos tres años? Si es así, dé la fecha, la razón y los resultados:</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
21	<p>¿Le han tomado una radiografía del pecho en los últimos tres años? Si es así, dé la fecha, la razón y los resultados:</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
22	<p>¿Ha tenido una tos por más de tres semanas, o esputo con sangre?</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
23	<p>¿Cuántos catarros le dan al año? Menos de 3 ____ 3 o más ____</p>	
24	<p>¿Ha tenido un cambio reciente de peso de dos kilos (cinco libras) o más?</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
25	<p>¿Ha sido alguna vez diagnosticado por un médico de padecer de algún trastorno alimenticio? ¿Cuál? Especifique: _____</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
26	<p>¿Cuándo fue su última visita al dentista? ¿Qué recomendaciones le dio? Fecha: _____ Recomendación: _____ _____</p>	
27	<p>¿Le ha recomendado el dentista hacerse algún trabajo dental y no lo ha hecho todavía? Hágase los arreglos dentales pendientes antes de venir.</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

REGISTRO DE VACUNAS

<i>Vacuna/Prueba *</i>	<i>Fecha en que la recibió</i>		
TdaP, (Tétanos, Difteria, Tos ferina)		Debe ser de no más de 10 años	
Hepatitis A	#1	#2	
Hepatitis B	#1	#2	#3
TB, Tuberculosis, en la piel (PPD)	Fecha: Resultado:	¿Positivo? Fecha radiografía de pecho:	Resultado de la radiografía:
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	#1	#2	
VVZ (Varicela)	#1	#2	
<p>* Si algunas de las vacunas o prueba de TB en la piel (PPD) no ha sido recibida, favor de explicar la razón en este espacio:</p>			

