

CONFIDENCIAL  
**CUESTIONARIO MÉDICO**

Doc. NTM Creoula 3/3

NOMBRE.....EDAD.....  
 DIRECCION.....CP.....  
 GRUPO SANGUÍNEO.....RH.....FECHA DE NACIMIENTO...../...../  
 EN CASO DE ACCIDENTE CONTACTAR CON.....  
 .....TELEFONO.....

**INSTRUCCIONES** (Leer con atención)

1. Este cuestionario se destina a recoger información para el Servicio de Salud del Navío, para posibles necesidades de este servicio.
2. En relación a cada pregunta se asignará con una “X” dentro de la columna “SI” o “NO”

**PREGUNTAS**

DECLARACIONES PERSONALES	SI	NO
¿Estuvo hospitalizado recientemente?		
¿Fue operado recientemente?		
¿Ha tenido pérdidas de consciencia? ¿Epilepsia?		
¿Consumo narcóticos o estimulantes? <sup>1</sup>		
¿Dolores de oídos? ¿Sinusitis? ¿Rinitis?		
¿Dolencias Pulmonares, Asma, Pneumotórax, Tuberculosis?		
¿Dolencias del aparato digestivo, úlcera?		
¿Dolencias de corazón?		
¿Dolencias renales?		
¿Dolencias óseas, columna, articulaciones?		
¿Diabetes?		
¿Toma regularmente algún medicamento? <sup>2</sup>		
¿Dolencias de la piel?		
¿Alergias?		
¿Ha tenido la tensión arterial alta?		
¿Hábitos alcohólicos?		
¿Hábitos tabáquicos?		
¿Sabe nadar?		
Otros <sup>3</sup>		
ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
¿Dolencias cardíacas, vasculares?		
¿Muerte súbita?		
¿Diabetes?		
¿Epilepsia?		
¿Tumores?		
¿Problemas de coagulación?		

Otros <sup>4</sup>		
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Hábitos tabáquicos/alcohólicos?		
¿Fiebre reumática?		
¿Dolencias hematológicas?		
¿Hepatitis?		
¿Úlcera péptica?		
¿Meningitis?		
¿Paludismo?		
¿Pneumopatías (asma bronquial, alergias)?		
¿Epilepsia?		
¿Diabetes Mellitus?		
¿Cardiopatías?		
¿Traumatismos craneales o fracturas óseas?		
¿Pérdidas de consciencia?		
¿Vacunas actualizadas (Tétanos)?		
Otros <sup>5</sup>		

En caso afirmativo diga cuáles y en cuánto tiempo hace

1.....  
.....  
.....

2.....  
.....  
.....

3.....  
.....  
.....

4.....  
.....  
.....

5.....  
.....  
.....

**CONFIRMO LAS DECLARACIONES POR MI REALIZADAS**

**FECHA...../...../.....FIRMA.....**

"P.D.: El firmante del presente cuestionario, autoriza a la Organización y/o al Servicio de Salud del Buque, a utilizar estos datos para el buen fin para el que son solicitados, garantizando la Organización la total confidencialidad e integridad de los mismos, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y de su Reglamento de Desarrollo, a efectos del correcto uso de dichos datos."