



## ÁREA DE SALUD DEPORTIVA E INVESTIGACIÓN

### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES

Le rogamos lea atentamente y rellene con la mayor exactitud posible todas las preguntas que figuran a continuación referente a los antecedentes médicos y familiares de su hijo/a

NOMBRE DEL NIÑO/A:		
Fecha nacimiento:	Teléfono:	
Domicilio:		
Población:	Provincia:	C:P

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Las siguiente preguntas se refieren a los padres, hermanos, tíos y abuelos, ponga una cruz en la casilla correspondiente SI o NO. En las preguntas que responda SI, especifique el grado de parentesco con el niño, por ejemplo (abuelos, tíos, hermanos....)

	NO	SI
¿Algún familiar ha padecido alguna enfermedad de corazón?		
¿Algún familiar ha fallecido alguna enfermedad de corazón?		
¿Algún familiar padece de tensión arterial alta?		
¿Algún familiar padece de diabetes? (azúcar en la sangre)		
¿Algún familiar padece de colesterol alto?		
¿Algún familiar padece de asma bronquial?		
¿Algún familiar ha fallecido de repente sin causa conocida?		

	EDAD	PESO	TALLA
PADRE			
MADRE			



## ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO/A

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

NO  SI (Diga cual y con qué edad)

¿Ha sufrido alguna fractura de hueso?

NO  SI (Diga cual y con qué edad)

¿Ha sufrido alguna un desmayo o pérdida de conocimiento?

NO  SI (Diga en qué circunstancia y con qué edad)

¿Padece asma?  NO  SI

¿Padece algún tipo de alergia?  NO  SI (Especifica a qué)

¿Padece de diabetes?  NO  SI

¿Usa Plantillas?  NO  SI (Especifica porqué)

¿Usa Gafas o Lentillas?  NO  SI

¿ Ha padecido o padece alguna enfermedad que quiera comunicarnos?

## DATOS DE LA PERSONA QUE RELLENA EL CUESTIONARIO

D/D<sup>a</sup>:

Relación con el niño/a  PADRE  MADRE  TUTOR LEGAL

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos proporcionados a cerca de los antecedentes de mi hijo/a son ciertos

Fecha y Firma



## CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE SALUD

### DATOS PERSONALES:

SEXO:  
EDAD:  
LOCALIDAD:  
CURSO:

### DATOS FAMILIARES:

Profesión del Padre:                      Edad:  
Profesión de la Madre:                    Edad:  
Números de Hermanos:  
Lugar que ocupas:

**INSTRUCCIONES:** Te agradeceríamos que nos contestaras con la ayuda de tus Padres (si lo necesitaras), las siguientes preguntas. Rodea con un círculo la respuesta correcta; el cuestionario es anónimo, por lo que te rogamos que digas la verdad

1.- ¿Ha practicado tu Padre deporte alguna vez?

- a. Antes sí, ahora no
- b. Ahora hace algo
- c. Hace mucho deporte
- d. Nunca hace deporte
- e. No se

2.- ¿Ha practicado tu Madre deporte alguna vez?

- a. Antes sí, ahora no
- b. Ahora hace algo
- c. Hace mucho deporte
- d. Nunca hace deporte
- e. No se

3.- ¿Te anima alguien a hacer deporte?

- a. Mi Padre
- b. Mi Madre
- c. Mis amigos
- d. Nadie
- e. Otros:

4.- ¿Qué desayunas normalmente?

- a. Leche (sola o con colacao...)
- b. Leche y tostadas, cereales....
- c. Nada
- d. Otras cosas

5.- ¿Qué comes en el recreo?

- a. Bocado
- b. Pastel
- c. Chucherías
- d. Otros

6.- ¿Cuántas comidas haces al día?

- a. Cinco
- b. Cuatro
- c. Tres
- d. Otras

7.- ¿Cuántos vasos de leche o postres lácteos (natillas, yogurt.) tomas al día?

- a. Tres
- b. Dos
- c. Una
- d. Otros

8.- ¿Cuántas piezas de frutas tomas al día?

- a. Tres
- b. Dos
- c. Uno
- d. Otros

9.- ¿Cuántos guisos (platos de cucharas) tomas a la semana?

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro

10.- ¿Cuántas comidas fritas comes a la semana? (hamburguesas, salchichas....)

- a. Una
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro



- 11.- ¿Qué sueles merendar?  
a. **Bocadillos**  
b. **Pasteles**  
c. **Vaso de leche**  
d. **Otros**
- 12.- ¿Qué bebes normalmente en las comidas?  
a. **Agua**  
b. **Refrescos sin cafeína**  
c. **Refrescos con cafeína**  
d. **Zumos**
- 13.- ¿Qué sueles cenar?  
a. **Bocadillo**  
b. **Sopa**  
c. **Fritos**  
d. **Otras cosas**
- 14.- ¿Cuántas veces te duchas o bañas?  
a. **Todos los días**  
b. **Cada dos días**  
c. **Cada tres días**  
d. **Cada cuatro días**
- 15.- ¿Cuántas veces te lavas los dientes?  
a. **Tres veces al día**  
b. **Dos veces al día**  
c. **Una vez al día**  
d. **Ninguna**
- 16.- ¿Cuántas horas duermes diariamente?  
a. **De seis a ocho**  
b. **De ocho a diez**  
c. **Más de diez**  
d. **Menos de seis**
- 17.- ¿A qué hora te sueles acostar?  
a. **Antes de las diez**  
b. **De diez a once**  
c. **De once a doce**  
d. **Después de las doce**
- 18.- ¿Qué tipos de medios o instalaciones deportivas hay en tu barrio o pueblo?  
a. **Pabellón cubierto**  
b. **Polideportivo**  
c. **Campo de fútbol**  
d. **Parque, bosque**  
e. **Nada**

- 19.- Juegas en grupos mixtos (niños/niñas)  
a. **Solo en clase del colegio**  
b. **Solo en el recreo**  
c. **En el club / escuela deportiva**  
d. **En todos los sitios**
- 20.- ¿Te importa jugar con niños o niñas?  
a. **No me importa**  
b. **Sí me importa**  
c. **Me importa a veces**
- 21.- ¿Utilizas ropa deportiva en las actividades físicas?  
a. **Sí**  
b. **No**  
c. **A veces**
- 22.- ¿Donde practicas deporte?  
a. **Sólo en las clase del colegio**  
b. **En actividades extraescolares**  
c. **En escuelas deportivas o club**  
d. **Otros**
- 23.- ¿Te parece adecuado el horario de Educación Física?  
a. **Sí**  
b. **No, es demasiado**  
c. **No, es insuficiente**
- 24.- ¿Por qué motivo practicas deporte?  
a. **Para divertirme**  
b. **Porque me gusta**  
c. **Por estar en forma**  
d. **Para mejorar mis habilidades**  
e. **Otros**
- 25.- ¿Qué tiempo dedicas todos los días a:

#### TIEMPO EN HORAS

ACTIVIDAD	3 h	½ h	0 h
DEPORTE			
ESTAR CON AMIGOS			
JUGAR EN ORDENADOR O CONSOLA			
VER LA TELEVISIÓN			
ESCUCHAR MÚSICA			
ESTUDIAR			
ESTAR CON LA FAMILIA			



**26.-** ¿Qué deporte te gusta practicar más?

- a. Fútbol**
- b. Baloncesto**
- c. Balonmano**
- d. Atletismo**
- e. Gimnasia Rítmica**
- f. Natación**
- g. Artes Marciales**
- h. Tenis**
- i. Otros**

**27.-** Cuando sufres una lesión jugando ¿quién te atiende?

- a. Tu Entrenador/Monitor**
- b. Servicio Médico de Club**
- c. Un Médico o Fisioterapeuta**
- e. Otros**

**28.-** ¿De qué medios Sanitarios dispone tu club o escuela?

- a. Botiquín de primeros auxilios**
- b. Maletín de con inmovilizadores**
- c. Maletín de urgencia con oxígeno**
- d. Desfibrilador Semiautomático**

**29.-** ¿Recibes clases sobre la Nutrición?

- a. Si, en el colegio**
- b. Si, por el Monitor Deportivo**
- c. No**

**30.-** Para hacer deporte ¿qué prendas usas?

- a. Las que me da la Escuela o Club**
- b. Las que me compran mis Padres**
- c. La marca que está de moda**
- d. Cualquiera**