



CUESTIONARIO DE SALUD VOLUNTARIADO

(Este impreso deberá ir acompañado de un Certificado Médico Oficial)

NET.MASVIDAL red misionera

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Talla: _____ Peso: _____

Profesión: _____

En las siguientes preguntas marque sí o no a la opción correcta. Estas respuestas son confidenciales.

- 1.- ¿Está usted en buen estado de salud?..... SI NO
- 2.- ¿Durante el último año ha habido algún cambio en su estado de salud general?..... SI NO
- 3.- Mi última revisión médica fue en
- 4.- ¿Se encuentra actualmente bajo los cuidados de algún médico?..... SI NO
- 5.- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad importante o ha sufrido alguna intervención quirúrgica?..... SI NO
- 6.- ¿Ha sido usted hospitalizado o tenido alguna enfermedad grave en los últimos 5 años?..... SI NO
- Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue el problema? _____
- 7.- ¿Tiene o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?..... SI NO
 - a) Enfermedad de las válvulas cardíacas..... SI NO
 - b) Lesiones congénitas de corazón..... SI NO
 - c) Enfermedades cardiovasculares (problemas de corazón, ataques al corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arterioesclerosis, crisis, soplos)..... SI NO
 - d) ¿Lleva usted marcapasos?..... SI NO
 - e) Alergia..... SI NO
 - f) Sinusitis..... SI NO
 - g) Asma..... SI NO
 - h) Urticaria o exantema cutáneo..... SI NO
 - i) Ausencias o desmayos..... SI NO
 - j) Diabetes (azúcar en la sangre)..... SI NO
 - k) Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática..... SI NO
 - l) Artritis..... SI NO
 - m) Úlcera de estómago o duodenal..... SI NO
 - n) Gastritis o molestias gástricas..... SI NO
 - ñ) Problemas renales..... SI NO
 - o) Tuberculosis..... SI NO



- p) SIDA..... SI NO
- q) Hipertensión arterial..... SI NO
- r) Anemia..... SI NO
- s) Hipertiroidismo o bocio..... SI NO
- t) Fiebre reumática..... SI NO
- u) ¿Ha presentado hemorragias abundantes después de extracciones, cirugía o traumatismos?..... SI NO
- v) ¿Se produce hematomas con facilidad?..... SI NO
- w) ¿Ha precisado alguna vez una transfusión sanguínea?..... SI NO
- x) Otras..... SI NO
- 8.- ¿Ha sufrido cirugía o radioterapia por algún tumor o proceso?..... SI NO
- 9.- ¿Está tomando algún medicamento?..... SI NO
- En caso afirmativo, indique cuál está tomando _____
- 10.- ¿Es usted alérgico o ha tenido problemas con?:
- a) Metales (Cromo, Cobalto, Níquel, etc.)..... SI NO
- b) Anestésicos o antibióticos..... SI NO
- c) Sulfamidas..... SI NO
- d) Barbitúricos, sedantes o somníferos..... SI NO
- e) Aspirina..... SI NO
- f) Yodo..... SI NO
- g) Codeína u otros narcóticos..... SI NO
- h) Otros..... SI NO
- 11.- ¿Ha recibido vacunas diferentes a las habituales del plan de salud público?..... SI NO
- Explíquelas _____
- _____
- _____
- 12.- ¿Tiene usted alguna enfermedad o trastorno no mencionado antes?..... SI NO
- 13.- ¿Usa lentillas?..... SI NO
- 14.- ¿Ha estado en contacto con alguien con riesgo o se ha realizado pruebas de?:
- a) Herpes..... SI NO
- b) Hepatitis..... SI NO
- c) Tuberculosis..... SI NO
- d) SIDA..... SI NO
- 15.- ¿Fuma usted?..... SI NO
- 16.- ¿Bebe alcohol habitualmente?..... SI NO
- 17.- Ingiere alguna sustancia que pueda producirle adicción?..... SI NO

MUJERES

- 18.- ¿Está embarazada o sospecha que pueda estarlo?..... SI NO
- 19.- ¿Está dando lactancia?..... SI NO

Declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender.

.....
FIRMA DEL VOLUNTARIO/A

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en los ficheros que esta Entidad tiene registrados en la Agencia Española de Protección de Datos y que tienen por finalidad la prevención e idoneidad del servicio de gestión de voluntariado a los usuarios de esta Entidad, así como la gestión de la misma. De no facilitarse los datos solicitados, no será posible la realización de la mediación de voluntariado. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a la sede de esta Entidad. Igualmente le informamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad debida y que los ficheros cumplen las medidas de seguridad exigidas por la normativa. Mediante la cumplimentación del presente documento, el/la voluntario/a da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.