**Programa vida saludable**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | |
| Fecha nacimiento: | Edad: |
| Rut: | Curso: |

**Antecedentes personales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedades** | **No** | **Si** | **Tratamientos, detalle** |
| Hipertensión –Enf. Corazón |  |  |  |
| Hipotiroidismo |  |  |  |
| Pre-diabetes |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Colesterol elevado |  |  |  |
| Hígado graso |  |  |  |
| Enfermedad celiaca |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |
| Pubertad precoz |  |  |  |
| Apnea del sueño |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Alergia |  |  |  |
| Enf. pulmonares |  |  |  |
| Pie planos - cavos |  |  |  |
| Escoliosis |  |  |  |
| Hiperactividad |  |  |  |
| Depresión |  |  |  |
| Cirugías |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

**Datos nutricionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **No** | **Si** | **Tratamientos, detalle** |
| Se encuentra en tratamiento de sobrepeso / obesidad |  |  |  |

**Apoderado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Email / teléfono** | **Firma** |
|  |  |  |