

COGNOME

NOME

- Hai o hai avuto parenti cardiopatici, che hanno avuto infarto al cuore, che sono operati al cuore, che sono deceduti per malattia di cuore?

SI

NO

- Se si; quali parenti? (genitori, fratelli, zii, cugini, nonni):

- Hai mai perso conoscenza?

(svenimenti, convulsioni, traumi cranici con coma)

SI

NO

- Fumi?

Se si, quante sigarette al giorno?

SI

NO

- Sei mai stato ricoverato in ospedale?

SI

NO

se si, per quale motivo?

- malattie importanti tipo epatite, meningite, diabete, asma o altro:

- oppure interventi chirurgici tipo tonsille, adenoidi, appendicite, ernia, varicocele o altro:

- oppure infortuni: fratture, distorsioni, rottura di legamenti, lesioni dei menischi o altro:

- Assumi farmaci in modo continuativo? SI

NO

se si, quali e per quale motivo?

Data _____ FIRMA

Del genitore se minore