

La Fecha de Hoy:

CUESTIONARIO DE SALUD

Todas las preguntas en este cuestionario son confidenciales.

Nombre (Apellido, Primero, Segundo nombre):	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Médico de referencia:	Fecha del último examen físico:	

HISTORIA DE SALUD

Condiciones Médicas (por ejemplo asma, diabetes, alta presión, alta colesterol)

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Hospitalizaciones médica y psiquiátrica

Año	Razón	Hospital

Alergias a medicamentos

Nombre de la medicación	Reacción

Liste todos los medicamentos que está tomando ahora

Nombre de la medicación	Que dosis	Con que frecuencia

HÁBITOS SOCIALES Y DE SALUD

Tabaco	Fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Mastica - #/día	<input type="checkbox"/> Cigarrillos - paquetes/día	<input type="checkbox"/> Cigarros - #/día

El más alto nivel de educación:	
Preferencia de Religión:	
Empleador:	
Título profesional:	
Tiene hijos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cuántos? _____

PREGUNTAS PARA MUJERES

Has pasado por la menopausia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fecha aproximada de la última menstruación:		
Eres sexualmente activo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, estás intentando un embarazo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> No
Si no está intentando un embarazo, ¿qué método anticonceptivo está usando?		

Si necesita más espacio para enumerar medicamentos o problemas médicos, escríbalos detrás de esta página.