

La Fecha de Hoy:

## CUESTIONARIO DE SALUD

Todas las preguntas en este cuestionario son confidenciales.

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

### 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

<b>Tabaco</b>	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

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

### 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.