



## Questionario de la Salud

Nombre:

Edad:

Fecha:

Quién lo refirió a este médico?

Por qué está aquí hoy?

Por favor de anotar cualquier condiciones or enfermedades crónicas que usted tenga (por ejemplo la tension arterial alta, la diabetes, etc...):

Por favor de anotar todos sus medicamentos (incluyendo los que toma para condiciones crónicas, etc...) y también los que toma regularmente sin la prescripción (por ejemplo aspirina, antiácidos, vitaminas, pastillas para la alergia, etc.):

Ninguno

Por favor de anotar todos los productos herbarios que está actualment tomando:  Ninguno

Por Favor de anotar las alergias a los alimentos o a las medicaciones:  Ninguno

Por Favor de anotar todas sus cirugías incluyendo la fecha de aproximación o la edad que tenía cuando la tuvo (Cirugía / Fecha / Edad):  Ninguno

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Usted Fuma?  Nunca  no, Cuando paro?

Si, Por cuanto tiempo ?

Cuánto alcohol usted consume normalmente en una semana?

Cuántas tazas o basos de bebidas con cafeína usted consume normalmente en un día?

Hay información adicional que usted sienta que el médico debe saber referente a su salud?