

**Cuestionario de Salud**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Razón para Referir: \_\_\_\_\_

Describa brevemente sus síntomas actuales: \_\_\_\_\_

Fecha que los síntomas comenzaron: \_\_\_\_\_ ¿Diagnóstico Dado? \_\_\_\_\_

Tratamiento previo  
para este problema: \_\_\_\_\_

Problema Médico  
Pasado: \_\_\_\_\_

Operaciones Previas: \_\_\_\_\_

Su ocupación: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

¿Usted Fuma? (Cantidad) \_\_\_\_\_

¿Usted Toma? (Cantidad) \_\_\_\_\_

¿Otras Drogas? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

Edad Actual, Problemas  
de Salud Edad y Causa  
de Muerte

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Hijos (Niños/Niñas): \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos  
y Reacción: Si o No. Si, Si ¿A Qué?

Tipo de Reacción: \_\_\_\_\_

**Lista de Medicación**

| Lista de Medicación | Dosis/Potencia (mg) | Numero de Pastillas | Veces por Día |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |
|                     |                     |                     |               |

*Gracias por tu tiempo, esperamos verte*