

CUESTIONARIO DE SALUD



Fecha:

Nombre: _____ Celular: _____ Dirección: _____

Correo: _____ Profesión: _____

Edad Sexo: Talla: Peso: IMC:

En las siguientes preguntas marque sí o no a la opción correcta. Estas respuestas son confidenciales.

1.-¿Está usted en buen estado de salud? SI NO

2.-¿SUFRE DE ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES

- | | | |
|---|--|--|
| a) Enfermedad de las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> | b) Lesiones congénitas de corazón <input type="checkbox"/> | c) Asma <input type="checkbox"/> |
| d) Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> | e) ¿Lleva usted marcapasos? <input type="checkbox"/> | f) Sinusitis <input type="checkbox"/> |
| g) Dermatitis (Alergias en la Piel) <input type="checkbox"/> | h) Urticaria o exantema cutáneo <input type="checkbox"/> | i) Artritis <input type="checkbox"/> |
| j) Convulsiones <input type="checkbox"/> | k) Diabetes <input type="checkbox"/> | l) Tuberculosis <input type="checkbox"/> |
| m) Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> | n) Úlcera de estómago o duodenal <input type="checkbox"/> | o) SIDA <input type="checkbox"/> |
| p) Gastritis <input type="checkbox"/> | q) Problemas renales <input type="checkbox"/> | r) Anemia <input type="checkbox"/> |
| s) Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> | t) Hiper o hipotiroidismo <input type="checkbox"/> | u) Fiebre reumática <input type="checkbox"/> |

v) ¿Ha presentado hemorragias abundantes después de extracciones, cirugía o traumatismos?..... SI NO

w) ¿Se produce hematomas con facilidad? SI NO

x) ¿Ha precisado alguna vez una transfusión sanguínea? SI NO

3. ¿Qué medicamento está tomando o toma actualmente

4. ¿Alergias Conocidas?

5. USA LENTES DE CONTACTO SI NO

6. a) FUMA b) Bebe Alcohol c) Ingiera alguna sustancia que pueda producirle adicción : Cual?

MUJERES

7.-¿Está embarazada o sospecha que pueda estarlo?..... SI NO

8.-¿Está dando lactancia?..... SI NO

* Declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender.



HUELLA

FIRMA
C.C.

Le informamos que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en los ficheros que esta Clínica tiene registrados. Y que tienen por finalidad la prestación del servicio sanitario a los pacientes de la Clínica, así como la gestión de la misma. De no facilitarse los datos solicitados, no será posible la realización del tratamiento prescrito. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer dirigiéndose a la sede de esta Clínica. Igualmente le informamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad debida y que los ficheros cumplen las medidas de seguridad exigidas por la normativa. Mediante la cumplimentación del presente documento, el paciente da su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.