

El llenado del presente cuestionario permitirá la elaboración de sugerencias personalizadas orientadas al mejor cuidado de su salud

Apellido/s.....Nombre/s.....
 Edad:.....años. Estado civil:.....Ocupación:.....
 Dirección.....Tel.:.....Cel.:.....Email:.....

Indique con una [X] la respuesta correcta

A. ANTECEDENTES FAMILIARES

	PADRE		MADRE		HERMANOS		HIJOS		ABUELOS	
1. Hipertensión	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
2. Diabetes	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
3. Colesterol alto	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
4. Obesidad	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
5. Infarto – Angina de pecho	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
6. Edad en el primer infarto										
7. Otras enfermedades cardíacas. Si respondió Sí indique cuál en el casillero del Sí	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
	
8. Ataque cerebral	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
9. Demencia	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
10. Edad de comienzo de la Demencia										
11. Enfermedades renales	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
12. Cáncer de mama	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
13. Cáncer de colon	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
14. Cáncer de pulmón	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
15. Cáncer de endometrio u ovario	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
16. Otro cáncer. Si respondió Sí indique cuál en el casillero Sí	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
	
17. Gota	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
18. Glaucoma	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
19. Fractura de cadera después de una caída leve	Sí []	No []	Sí []	No []	X	X	X	X	X	X
20. Vive?. Si falleció indique la causa en el casillero No	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []	Sí []	No []
	

B. ANTECEDENTES PERSONALES

1.	Se ha efectuado algún chequeo médico anteriormente? Indique aquí el AÑO y las CONCLUSIONES de ese chequeo: →	Sí []	No []
2.	Ha sufrido infecciones en los oídos?	Sí []	No []
3.	Sufre o sufrió algún tipo de alergia en piel, senos paranasales (sinusitis), ojos o bronquios?	Sí []	No []
4.	Sufre o sufrió asma bronquial, falta de aire o silbidos en el pecho?	Sí []	No []
5.	Sufre o sufrió alergia a algún medicamento? Indique aquí el nombre del medicamento: →	Sí []	No []
6.	Tose a menudo?	Sí []	No []
7.	Ha escupido sangre alguna vez?	Sí []	No []
8.	Sufre o sufrió alguna enfermedad pulmonar crónica? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []
9.	Se siente mal del estómago a menudo?	Sí []	No []
10.	Qué siente? DOLOR [] - ACIDEZ [] - ERUCTOS [] - ARDOR [] - HINCHAZON [] - VOMITOS []		
11.	Sufre episodios frecuentes de diarrea?	Sí []	No []
12.	Evacua el intestino diariamente o día por medio?	Sí []	No []
13.	Al evacuar el intestino sufrió dolor, ardor o vio sangre?	Sí []	No []
14.	Ha tenido alguna vez parásitos intestinales?	Sí []	No []
15.	Ha sufrido hepatitis?. Si la respuesta es Sí indique aquí el tipo de hepatitis: A [] B [] C []	Sí []	No []
16.	Recibió transfusión sanguínea alguna vez?	Sí []	No []
17.	Le ha dicho algún médico que su presión arterial es elevada?	Sí []	No []
18.	Recibió o recibe medicamentos para normalizar la presión arterial? Indique aquí cuál o cuales: →	Sí []	No []
19.	Si tiene presión arterial elevada, cumple con la dieta sin sal?	Sí []	No []
20.	Normalizó la presión arterial (presión menor de 140 / 80) con el tratamiento?	Sí []	No []
21.	Sufrió efectos adversos con el tratamiento? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []
22.	Sufre o ha sufrido dolores en el pecho?	Sí []	No []
23.	Sufrió un infarto agudo de miocardio o angina de pecho? Indique aquí a qué edad: →	Sí []	No []
24.	Ha tenido alguna vez palpitaciones?	Sí []	No []
25.	Le ha dicho algún médico que sufre alguna afección cardíaca? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []
26.	Sufre o ha sufrido lipotimias o desvanecimientos?	Sí []	No []
27.	Sufre o ha sufrido: Somnolencia diurna [] – Ronquidos [] – Sueño Irregular []	Sí []	No []
28.	Sufre o sufrió convulsiones o ataques de epilepsia? Indique aquí el tratamiento: →	Sí []	No []
29.	Sufre a menudo intensos dolores de cabeza?	Sí []	No []
30.	Sufre frecuentes mareos?	Sí []	No []
31.	Ha sufrido algún accidente importante? Indique aquí las principales lesiones: →	Sí []	No []
32.	Ha sufrido alguna fractura? Indique aquí tipo de fractura: →	Sí []	No []
33.	Ha sufrido alguna fractura DESPUÉS DE UNA CAIDA LEVE?	Sí []	No []
34.	Ha tomado corticoides (cortisona, prednisona u otros) más de tres meses?	Sí []	No []

35.	Ha perdido más de tres centímetros de estatura?	Sí []	No []														
36.	Tiene pie plano?	Sí []	No []														
37.	Sufre o ha sufrido dolores en la espalda?	Sí []	No []														
38.	Sufre dolores en huesos o articulaciones?	Sí []	No []														
39.	Siente frecuentes calambres en las piernas?	Sí []	No []														
40.	Tiene várices o sufrió flebitis?	Sí []	No []														
41.	Ha sufrido trombosis venosa?	Sí []	No []														
42.	Le ha dicho algún médico que padece hernia?	Sí []	No []														
43.	Sufre o ha sufrido alguna enfermedad de la sangre? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []														
44.	Tiene diabetes? Indique aquí el tratamiento: →	Sí []	No []														
45.	Sufre o ha sufrido una enfermedad de la glándula tiroides? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []														
46.	Sufrió fiebre reumática?	Sí []	No []														
47.	Orinó alguna vez sangre?	Sí []	No []														
48.	Tiene dificultad para comenzar a orinar?	Sí []	No []														
49.	Se levanta de noche a orinar?	Sí []	No []														
50.	Nota ardor y / o dolor al orinar?	Sí []	No []														
51.	Tuvo alguna enfermedad de riñón? Indique aquí cuál: →	Sí []	No []														
52.	Ha tenido alguna enfermedad venérea? Sífilis [] – Blenorragia o Gonococcia [] Condiloma [] – Herpes [] – HPV []	Sí []	No []														
53.	Recibió información sobre SIDA?	Sí []	No []														
54.	Los siguientes son factores de riesgo para el contagio de SIDA: • Adicción endovenosa • Más de una pareja sexual • Relaciones homosexuales • Relaciones homo ú heterosexuales con adictos/as Se considera incluido dentro de este grupo de riesgo?	Sí []	No []														
55.	Sufre heridas o raspaduras frecuentemente?	Sí []	No []														
56.	Cuándo recibió la última vacuna antitetánica? Indique aquí el año: → []																
57.	Ha tenido alguna operación? (Marque con una [X] lo que corresponda)																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>• Amígdalas.....[]</td> <td>• Várices.....[]</td> <td>• Vejiga.....[]</td> </tr> <tr> <td>• Vesícula.....[]</td> <td>• Hemorroides.....[]</td> <td rowspan="5">Otras:</td> </tr> <tr> <td>• Apéndice.....[]</td> <td>• Pólipos intestinales.....[]</td> </tr> <tr> <td>• Ginecológica.....[]</td> <td>• Hernia.....[]</td> </tr> <tr> <td>• Arterial (Ej.: carótida)..[]</td> <td>• Estética o reparadora.....[]</td> </tr> <tr> <td>• Cardíaca.....[]</td> <td>• Próstata.....[]</td> </tr> </table>	• Amígdalas.....[]	• Várices.....[]	• Vejiga.....[]	• Vesícula.....[]	• Hemorroides.....[]	Otras:	• Apéndice.....[]	• Pólipos intestinales.....[]	• Ginecológica.....[]	• Hernia.....[]	• Arterial (Ej.: carótida)..[]	• Estética o reparadora.....[]	• Cardíaca.....[]	• Próstata.....[]		
• Amígdalas.....[]	• Várices.....[]	• Vejiga.....[]															
• Vesícula.....[]	• Hemorroides.....[]	Otras:															
• Apéndice.....[]	• Pólipos intestinales.....[]																
• Ginecológica.....[]	• Hernia.....[]																
• Arterial (Ej.: carótida)..[]	• Estética o reparadora.....[]																
• Cardíaca.....[]	• Próstata.....[]																
58.	(Para mujeres) Toma píldoras anticonceptivas?..... Sí [] No [] Alguna vez dejó de menstruar por períodos de 12 meses o más que no sea por embarazo?..... Sí [] No [] Tuvo su última menstruación (menopausia) antes de los 45 años?..... Sí [] No [] Cantidad de embarazos..... [] Cantidad de partos..... [] Operaciones cesáreas..... []																
59.	(Para hombres) Ha sufrido alguna vez impotencia o falta de libido?	Sí []	No []														
60.	Fuma? Indique aquí cuántos cigarrillos por día: → []	Sí []	No []														
61.	Si dejó de fumar indique cuántos años fumó → [], y cantidad de cigarrillos que fumaba → []																
62.	Toma bebidas alcohólicas?	Sí []	No []														

	En caso afirmativo complete el siguiente cuadro:				
	BEBIDA	CANTIDAD	FRECUENCIA		
63.	Practica deportes? Indique aquí cuál: →			Sí []	No []
64.	Indique aquí el motivo del estudio actual: →				

Fecha:...../...../.....

Firma:.....