

CUESTIONARIO DE SALUD PRE-PRUEBA

Evaluador (es): _____	Fecha: ____/____/____ Día Mes Año		
NOMBRE: _____	#SS: _____	Edad _____	Sexo: (F) (M)
Sección: _____	Horas de la Clase: _____	Días: _____	

Marcar con si Contestas Afirmativamente

1. ¿Alguna vez has padecido de las siguientes enfermedades?:

- Fiebre reumática.....
- Soplo cardíaco.....
- Alta presión arterial.....
- Cualquier problema en el corazón.....
- Enfermedades en las arterias.....
- Venas varicosas.....
- Enfermedad pulmonar.....
- Operaciones.....
- Lesiones en la espalda, etc.....
- Epilepsia.....

2. ¿Han sufrido tus parientes de los siguientes problemas de salud?:

- Ataques cardíacos.....
- Alta Presión Arterial.....
- Altos niveles de colesterol.....
- Diabetes.....
- Enfermedades del corazón congénitas.....
- Operaciones del corazón.....
- Otros.....

 Especifique: _____

3. *¿Has experimentado recientemente los siguientes signos y síntomas?:*

- Dolor de pecho.....
 - Corto de respiración.....
 - Palpitaciones (ritmo acelerado) cardiacas.....
 - Toser durante el esfuerzo.....
 - Inflamación de las piernas o tobillos.....
 - Toser sangre.....
 - Dolor en la Espalda.....
 - Counturas hinchadas, rígidas o adoloridas.....
 - Se despierta con frecuencia por las noches para orinar.....
- Explique: _____

4. *¿Fuma usted?:* Sí No

Si contesta afirmativamente, favor de responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuántos cigarrillos (o cigarros) por día?, .ó.....
- ¿Cuántas veces al día usted fuma pipa?.....
- ¿Qué edad usted tenía cuando comenzó?.....

5. *¿Alguna vez has dejado de fumar?:* Sí No

Si contesta afirmativamente, favor de responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo dejastes de fumar?
- ¿Porqué dejastes de fumar?
-

6. Favor de contestar las siguientes preguntas relacionadas con tus hábitos de alimentación:

¿Dónde usted come?:

Hogar Amigo/Pariente Restaurante

Coteja los siguientes alimentos que usted no ingiere diariamente o frecuentemente:

Frutas Frescas <input type="checkbox"/>	Mantequilla <input type="checkbox"/>
Huevos <input type="checkbox"/>	Queso <input type="checkbox"/>
Carne <input type="checkbox"/>	Pan <input type="checkbox"/>
Vegetales Frescos <input type="checkbox"/>	Papas <input type="checkbox"/>
Vegetales Cocidos <input type="checkbox"/>	Leche <input type="checkbox"/>

¿Sigues alguna dieta adelgazante?: Si No

Si contestas afirmativamente, ¿porqué?:

7. Favor de contestar las siguientes preguntas referente a tus hábitos de ejercicio o actividad física:

¿Practicas algún deporte o ejercicio?: Si No

Si contesta afirmativamente, favor de responder las siguientes preguntas:

¿Cuál?

¿Con cuánta frecuencia lo practica?

¿Cuánta distancia usted cree caminar diariamene?

Coteja su tipo de ocupación:

Sedentaia <input type="checkbox"/>	Activa <input type="checkbox"/>
Inactiva <input type="checkbox"/>	Trabajo Pesado <input type="checkbox"/>

¿Experimentas molestias, corto de respiración o dolor con un ejercicio moderado?

Si No

Si contestas afirmativamente, especifique:

¿Alguna vez participó como atleta en la escuela superior o Universidad?

Si No

Si contestas afirmativamente, especifique: