

CUESTIONARIO DE SALUD PRE-PRUEBA

Evaluador(es): _____

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

NOMBRE: _____ ID: _____ Edad _____ Sexo: (F) (M)

Sección: _____ Horas de la Clase: _____ Días: _____

Marcar con ☒ si Contesta Afirmativamente

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

- Fiebre reumática..... ☐
- Soplo cardiaco..... ☐
- 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 sus 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. *¿Ha experimentado recientemente los siguientes signos y síntomas?:*

- Dolor de pecho..... ☐
- Respiración corta..... ☐
- Palpitaciones (ritmo acelerado) cardíacas..... ☐
- Toser durante el esfuerzo..... ☐
- Inflamación de las piernas o tobillos..... ☐
- Toser sangre..... ☐
- Dolor en la espalda..... ☐
- Coyunturas hinchadas, rígidas o doloridas..... ☐
- Se despierta con frecuencia por las noches para orinar..... ☐

Explique: _____

4. **¿Usted fuma?:** Sí ☐ No ☐

Si contesta afirmativamente, favor de responder las siguientes preguntas:

¿Cuántos cigarrillos (o cigarros) por día?.....

¿Cuántas veces al día usted fuma pipa?.....

¿Qué edad usted tenía cuando empezó?.....

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

Si contesta afirmativamente, favor de responder las siguientes preguntas:

¿Cuándo dejó de fumar?

¿Por qué dejó de fumar?

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

¿Dónde usted come?:

Hogar ☐ Amigo/Pariente ☐ Restaurante ☐

Coteje ☒ entre los siguientes alimentos, los que usted no ingiere diariamente o frecuentemente:

Frutas Frescas ☐	Mantequilla ☐
Huevos ☐	Queso ☐
Carne ☐	Pan ☐
Vegetales Frescos ☐	Papas ☐
Vegetales Cocidos ☐	Leche ☐

¿Sigue alguna dieta adelgazante?: Sí ☐ No ☐

Si contesta afirmativamente, ¿por qué?:

