

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 cardiacos.....
- 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) cardiacas.....
- 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 <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"/>

¿Sigue alguna dieta adelgazante?: Sí No

Si contesta afirmativamente, ¿por qué?:

