

DR. ROGELIO PEREZ PADILLA

Le agradeceríamos mucho contestara el siguiente cuestionario y lo tuviera listo para el momento de la consulta.
permitirá un conocimiento más completo sobre su salud.

LLEVE LOS ESTUDIOS QUE LE HAYAN REALIZADO Y LAS RECETAS QUE LE HAYAN PRESCRITO

Gracias.

Nombre _____ edad _____ fecha de consulta _____

Dirección _____ telefono _____ fax _____

Medico o persona que lo refirió conmigo _____

Ocupación actual _____ Otros médicos que lo atiendan _____

¿Toma usted algún medicamento ?

¿Cual (es) y desde cuando (o anexe por favor la relación o ultima receta?)

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes (azúcar en la sangre) si no ¿desde cuando? _____

Presión alta si no ¿desde cuando? _____

Enfermedad del corazón si no ¿desde cuando? _____

Cáncer si no ¿desde cuando? _____

Asma si no ¿desde cuando? _____

Tuberculosis si no ¿desde cuando? _____

¿Tiene familiares con alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes (azúcar en la sangre) si no ¿quien? _____

Enfisema pulmonar si no ¿quien? _____

Enfermedad del corazón si no ¿quien? _____

Cáncer del pulmón si no ¿quien? _____

Asma o alergias si no ¿quien? _____

Tuberculosis si no ¿quien? _____

Padece de alergias si no ¿desde cuando? _____

Mencione a continuación los medicamentos y las cosas a lo que es alérgico o alérgica

¿Lo han operado alguna vez? si no

Especificar cuando y de que _____

¿Alguna complicación en las operaciones, sobre todo de tipo respiratorio?

¿HA ESTADO EN HOSPITAL POR ALGUN MOTIVO QUE NO SEA OPERACIÓN?

¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad sobre todo si es importante ?

¿Ha fumado usted mas de 400 cigarros (20 cajetillas)
en toda su vida?

si no

¿Fuma usted actualmente ?

si no

¿A que edad comenzó a fumar ? _____

¿Durante cuantos años ha fumado con regularidad ? _____

¿Cuantos cigarros al día fumó en promedio ? _____

En caso que ya no fume, ¿ cuanto tiempo hace que dejó de fumar? _____

¿Fuma alguien en su casa?

si no

¿Ha trabajado en lugares con mucho polvo por un año o más?

si no

¿Ha trabajado donde haya tenido que respirar gases
o sustancias químicas?

si no

¿Toma regularmente mas de 14 tragos de alcohol a la semana?
(14 cervezas, 14 cubas o tequilas)

si no

¿Es frecuente que en reuniones tome mas de 4 tragos?

si no

¿Ha subido de peso durante el ultimo año?

si no

¿Cuántos kilos aproximadamente?

¿Ha bajado de peso durante el ultimo año?

si no

¿Cuántos kilos aproximadamente?

¿Duerme usted bien?

si no

¿Se queda dormido durante el día?

si no

¿Ronca todas las noches?

si no

¿Padece usted agruras frecuentemente?

si no

¿Se le atora el alimento al tragar?

si no

¿Padece ronquera?

si no

¿Ha tenido dolor u opresión en el centro del pecho al
hacer esfuerzo o ejercicio?

si no

Alguna otra cosa que deba de conocer (sobre todo si no tiene relación con el área respiratoria de la cual se hablará con calma en la consulta)
