

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

SÍ NO

1. Hipertensión _____

2. Falta de energía _____

3. Problemas de circulación _____

4. Estrés _____

5. Fumar _____

¿Cuántos cigarrillos al día?

¿Desde hace cuánto fumas?

6. Bebidas alcohólicas _____

Si lo has dejado, ¿cuánto hace?

¿Con qué frecuencia bebes?

¿Qué cantidad?

7. Drogas _____

En los últimos tres años, ¿Has padecido de alguna enfermedad?

Marca con ✓ donde sea afirmativo y describe:

Hígado y/o riñón

Asma

Diabetes / Antecedentes familiares ¿Quién?

Hernia

Operaciones

Úlceras

Artritis osteo / Reumatoides

Problemas de corazón

Problemas de espalda

Presión alta / baja

Embarazo

¿Tienes algún problema médico fuera de la lista?

¿Cuál fue tu última visita al médico y motivo?

¿Ha variado tu peso últimamente? ¿Cuántos kilos?

¿Cuánto hace que tienes problemas con el peso?

Uñas quebradizas

Caída de pelo

Diarrea

Estreñimiento

Temblor distal

Problemas con la piel

Dolores de cabeza

¿Te has lesionado últimamente? ¿Cuándo y dónde?

Problemas de vista

Problemas de oído

Mareos frecuentes

Enfermedades respiratorias

Dolores en el cuello

Al subir escaleras, ¿te cansas mucho y aumenta tu ritmo respiratorio?

Lugar:

Fecha:

Firma del cliente: