

Revisado 10/24/11

Central California Neurology Medical Corporation
CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD

Nombre (1º, 2º, apellido) _____ **Marque Uno**

1) Estatura: _____ Peso: _____ libras

2) ¿Padece de alergia a algún medicamento? **SÍ** **NO**
Por favor indique cuál: _____

3) ¿Padece de alguna otra alergia? **SÍ** **NO**
Por favor indique cuál: _____

4) ¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

SÍ	NO	Fiebre del valle (fiebre de heno) o asma
SÍ	NO	Convulsiones o apoplejías
SÍ	NO	Cáncer
SÍ	NO	Diabetes
SÍ	NO	Coágulos de sangre o flebitis
SÍ	NO	Infección renal o de la vejiga
SÍ	NO	Reacción a anestesia local o general
SÍ	NO	Cortisona

5) ¿Toma actualmente algún medicamento? **SÍ** **NO**
Por favor indique cuál: _____

6) ¿Le han hecho alguna cirugía anteriormente? **SÍ** **NO**
Por favor indique cuál: _____

7) Que usted sepa, ¿tiene alguna enfermedad contagiosa? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor indique cuál: _____

8) Hábitos: ¿Fuma? **SÍ** **NO**
No. de paquetes al día _____ ¿Durante cuántos años? _____
¿Consume alcohol? ¿Cuánto toma por semana _____ **SÍ** **NO**

9) ¿Tiene un marcapasos, endoprótesis, presilla/grapa para aneurismas o alguna pieza de metal en el cuerpo? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor indique cuál: _____

10) ¿Padece de claustrofobia? **SÍ** **NO**

11) Marque la razón de su visita de hoy: () Accidente automovilístico () Lesión en el trabajo
() Lesión sufrida durante un deporte () Lesión sufrida en Casa () Otro motivo: _____

Por favor dé cualquier otra información sobre su salud que estime importante.

X _____
Firma del paciente o representante personal

Fecha