

CUESTIONARIO ANUAL DE HABITOS DE SALUD

Alcohol: ¿Alguna vez bebes alcohol? No Sí

Diario 1-2 por semana 3-5 por semana 1-2 por mes 1-2 por año

¿Alguna vez has sentido que deberías reducir el consumo de alcohol? Sí No

¿La gente te ha criticado alguna vez por beber? Sí No

¿Alguna vez te sientes mal o culpable por beber? Sí No

¿Alguna vez has tomado un trago a primera hora de la mañana para aliviar tus nervios o curar la resaca? Sí No

Tabaco: Nunca fumador/Tabaco sin humo/Cigarrillo electrónico/Vapeo

Corriente todos los días fumador / tabaco sin humo / cigarrillo electrónico / vapeo

Actual algunos días fumador / tabaco sin humo / cigarrillo electrónico / vapeo

El ex fumador/tabaco sin humo/cigarrillo electrónico/año vapeo dejó de fumar _____ Años fumado _____

Abuso de sustancias: ¿Usa drogas recreativas/callejeras? Uso actual Uso anteriormente utilizado Nunca utilizado

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante Jubilado Desempleado

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado de numero de hijos _____

Tipo de dieta: Regular Diabético Bajo en grasa Bajo en carbohidratos Bajo en sal Bajo en calorías Vegetariano Otro: _____

Consumo de cafeína: O Ninguno Cafe _____ tazas por día Te _____ tazas por día refresco de Cola _____ tazas por día

Ejercicio: Diariamente 1-2 veces/semana ____ min 3-4 veces/semana ____ min 5-6 veces/semana ____ min

¿Actualmente eres sexualmente activo? Sí No

En caso afirmativo: ¿estás intentando quedar embarazada? Sí No

Se utilizó algún método anticonceptivo: _____ Último Cycle _____ menstrual

Salud mental:

¿En las últimas DOS SEMANAS te has sentido defraudado, deprimido o desesperado?

No en absoluto Varios días La mitad de los días Casi todos los días

En las últimas DOS SEMANAS ha sentido poco interés o placer en sus actividades diarias?

No en absoluto Varios días La mitad de los días Casi todos los días

¿Tiene una Directiva Anticipada, Testamento Vital o Poder Notarial? _____

¿Has tenido la vacuna de neumonía? Sí fecha/donde: _____ No se ha recibido ninguna

¿Tienes una vacuna anual contra la gripe? Sí fecha/donde: _____ No se ha recibido ninguna

¿Vives solo? Sí No

¿Te has caído en los últimos 3 meses? Sí No

Exámenes de bienestar: Prueba de Papanicolaou (dónde/fecha) _____ Mamografía (donde/fecha) _____

Diabetes: Último A1C/Resultó _____ Último examen ocular/donde _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **Fecha de Nacimiento** _____