



INVENTARIO DE LA SALUD

Nombre: _____ Teléfono: _____

1. ¿Padece Ud. De cualquiera de las condiciones siguientes?

- | | |
|---|---|
| _____ El corazón u otro problema cardiaco | _____ La anemia |
| _____ Enfermedad de los riñones | _____ La diabetes |
| _____ El cáncer | _____ La epilepsia |
| _____ La tuberculosis | _____ Las ronchas u otra condición de la piel |
| _____ La hipertensión (alta presión de la sangre) | _____ Fuertes Dolores de cabeza |
| _____ El asma | _____ La visión limitada |
| _____ El oído limitado | _____ Problemas dentales sin resolver |

2. ¿Tiene ud. Cualquier otro tipo de incapacidad o problema médico? _____
Si contesta en forma afirmativa, favor de explicarse. _____

3. ¿Ha padecido Ud. Alguna enfermedad contagiosa? _____ En caso afirmativo, explíquese, por favor.

4. ¿Ha tenido ud. Algún tipo de cirugía mayor? _____ En caso afirmativo, explíquese, por favor.

5. ¿Se encuentra ud. Bajo cuidado medico? _____
En caso afirmativo, favor de dar el nombre y el teléfono del médico.

6. ¿Toma ud. Actualmente alguna medicina? _____ ¿Cuál? _____

7. ¿Tiene ud. Alergia a algún medicamento? _____ En caso afirmativo, explíquese, por favor.

8. ¿Está registrado como miembro de algún plan de seguros médicos? _____ ¿Cuál? _____

9. ¿Tiene ud. Un familiar que padece de un problema de tipo médico el cual afecta la vida cotidiana de Ud. O de su familia? En caso afirmativo, explíquese, por favor.

10. ¿Quesiera ud. Recibir consejos profesionales respecto al mantenimiento de la salud de Ud. O de su familia?