

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° CI/Pasaporte \_\_\_\_\_ SEXO: M F PROFESIÓN/OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELEFONO HABITACIÓN \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

INSTAGRAM \_\_\_\_\_ REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ SEGURO: \_\_\_\_\_

**I.- ¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? MARQUE CON UNA X**

|   |  |                          |  |            |  |
|---|--|--------------------------|--|------------|--|
| DIABETES                                |  | OVARIO POLIQUISTICO      |  | VÁRICES    |  |
| HIPERTENSION ARTERIAL                   |  | ASMA                     |  | CANCER:    |  |
| COLESTEROL Y/O TRIGLICERIDOS ALTO       |  | ENFERMEDADES DEL CORAZÓN |  | ALÉRGICAS: |  |
| HIPERINSULINISMO                        |  | HERNIA UMBILICAL         |  | OTRA:      |  |
| RESISTENCIA A LA INSULINA               |  | HERNIA DISCAL            |  | OTRA:      |  |
| APNEA OBSTRUCTIVA DE SUENO              |  | CÁLCULOS EN LA VESÍCULA  |  |            |  |
| MÉTODOS DE PÉRDIDA DE PESO ESPECIFIQUE: |  |                          |  |            |  |
|   |  |                          |  |            |  |
|   |  |                          |  |            |  |
| ¿HA SIDO OPERADO DE ALGO? (FECHA):      |  |                          |  |            |  |
|   |  |                          |  |            |  |

**II.- HÁBITOS:**

| CIGARRILLOS               |  | Cuántos al día: | Desde que edad:                   | DIAS DE EJERCICIO SEMANAL       |  |
|---------------------------|--|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| ALCOHOL                   |  | 3 o más/sem.    | Menos de 3/sem Social             | PICO MUCHO ENTRE COMIDAS        |  |
| CAFÉ                      |  | 3 o más/día     | Menos de 3/día                    | COMO MUCHA CANTIDAD DE COMIDA   |  |
| EVACUACIONES<br>:         |  | Todos los días  | Un día si un día no 3 o menos/sem | COMO MUCHOS DULCES O CHUCHERIAS |  |
| ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?: |  |                 |                                   |                                 |  |

**III.- ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿ALGUNOS DE SUS FAMILIARES DIRECTOS HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD?**

|          |  |
|----------|--|
| PADRE    |  |
| MADRE    |  |
| HERMANOS |  |
| HIJOS    |  |

**IV.- HA TENIDO USTED O TIENE ACTUALMENTE?**

|                     |  |                           |  |                                      |  |
|---------------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| MANCHAS EN LA PIEL  |  | DOLOR EN EL PECHO         |  | SE LE SALE LA URINA AL PUJAR O TOSER |  |
| CONVULSIONES        |  | DIFICULTAD AL RESPIRAR    |  | DOLOR ARTICULAR                      |  |
| DOLOR EN LA COLUMNA |  | DOLOR Y/O ARDOR AL ORINAR |  | SANGRAMIENTO RECTAL                  |  |

**V.- ¿QUE PROBABILIDAD DE DORMIRSE TIENE EN ESTAS SITUACIONES?**

| 0=Nunca   | 1=Poco probable | 2=Más o menos probable | 3=Muy probable |   |   |
|---|-----------------|------------------------|----------------|---|---|
| SITUACIÓN                                       |                 | PUNTAJE                |                |   |   |
| SENTADO LEYENDO                                 |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| VIENDO TV                                       |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| SENTADO EN LUGAR PÚBLICO                        |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| COMO PASAJERO EN UN CARRO POR MÁS DE UNA HORA   |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| CUANDO SE RECUESTA EN LAS TARDES                |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| SENTADO HABLANDO CON ALGUIEN                    |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| SENTADO DESPUES DE COMER<br>(SIN TOMAR ALCOHOL) |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| EN UN CARRO QUE SE DETIENE POR<br>POCOS MINUTOS |                 | 0                      | 1              | 2 | 3 |
| Total (Max:24ptos)                              |                 |                        |                |   |   |

**VI.- LLENE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO**

| <b>IMPORTANTE: PARA CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO PIENSE ÚNICAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS</b>   |       |       |          |          |
|---|-------|-------|----------|----------|
|   | NUNCA | 1 DÍA | 2-3 DÍAS | 4-7 DÍAS |
| SENSACIÓN DE QUEMAZÓN O ARDOR EN EL PECHO   | 0     | 1     | 2        | 3        |
| EL CONTENIDO DEL ESTÓMAGO LE HA SUBIDO A LA GARGANTA O A LA BOCA  | 0     | 1     | 2        | 3        |
| DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO   | 0     | 1     | 2        | 3        |
| NÁUSEAS   | 0     | 1     | 2        | 3        |
| PROBLEMAS PARA DORMIR BIEN A CAUSA DE TENER ARDORES O POR NOTAR QUE EL CONTENIDO DEL ESTÓMAGO LE SUBÍA A LA GARGANTA O A LA BOCA                            | 0     | 1     | 2        | 3        |
| HA TOMADO ALGUNA MEDICACIÓN POR TENER ARDOR O POR NOTAR QUE EL CONTENIDO DEL ESTÓMAGO LE SUBÍA A LA GARGANTA O A LA BOCA COMO TUMS, MAALOX U OTRO PARECIDO) | 0     | 1     | 2        | 3        |
| <b>0-2=0%    3-7= 50%    8 to 10=79%    11-18= 89%</b>  |       |       |          |          |