Nombre_____ Fecha De Nacimiento_____ Edad_____

Cuestionario de Historia Adulto

Estado Civil: ____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a)

Hijos (as): ____ Si _____No Edades _____

Alguna vez a consumido las siguientes

Tabaco: ____No _____Si ____ Tipo? _____#cajetillas por dia_____ #Anos?_____

Ultimo Consumo_____

Alcohol: ____ No ____ Aveces _____ Diario Tipo? _____ Bebidas por dia_____

Ultimo Consumo_____

Hace Ejercicio regularmente? ____No ___Si En caso afirmativo Que Tipo? _____ Cuantos minutos por dia/semana_____

Empleador: _____

Cuando fue la ultima vacuna del tetanus? (mm/dd/yyyy)_____

Historia Familiar

Porfavor Circule Vivo or Fallecido	Padre Edad_____ Vivo Fallecido	Mama Edad_____ Viva Fallecido	Abuela Materna Edad____ Viva Fallecido	Abuelo Materno Edad_____ Vivo Fallecido	Abuela Paterno Edad____ Vivo Fallecido	Abuelo Paterno Edad_____ Vivo Fallecido	Hermanos(as) Edades____ Vivo Fallecido	Hijos(as) Edades____ Vivo Fallecido
Problemas de Corazon								
Alta Presion								
Cancer								
Diabetis								
Epilepsia								
Colesterol								
Glaucoma								
Anemia								
Tiroides								
Sida								
Asthma								
Problema de Rinones								
Enfermedad mental								
Ataque al corazon								
Desorden sangrante								