

Cuestionario referente a la Colinesterasa

Empleado, favor de traer este formulario llenado a la cita.

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Empleador: _____ Título de puesto: _____

¿Ha padecido usted o padece actualmente de alguno de los siguientes problemas?

	Sí	No		Sí	No
Dolores de cabeza fuertes			Dolor del pecho		
Pérdida de conocimiento			Problemas del corazón		
Epilepsia, convulsiones			Problemas de la piel		
Mareos, desmayo			Problemas del estómago		
Trastornos nerviosos			Nausea o vómitos en este momento		
Entumecimiento, hormigueo de brazos/piernas			Úlceras, agruras		
Falta de respiración			Colitis		
Tos crónica			Excremento negro o con sangre		
Enfisema, EPOC, bronquitis crónica			Hepatitis		
Asma			Diabetes		
Tuberculosis			Problemas de los riñones		
Asbestosis, silicosis			Glaucoma		
Alta presión arterial			Miastenia grave		

Favor de explicar todo lo que contestó "sí":

¿Alguna vez ha tenido una operación? No ____ Sí ____ Si es así ¿para qué? _____

¿Está bajo el cuidado de un médico? No ____ Sí ____ Si es así ¿para qué? _____

Nombre del médico: _____ ¿Fuma Ud.? No ____ Sí ____ Si es así ¿cuánto por día? _____

¿Tiene alergias? _____

¿Toma Ud. algún medicamento o suplemento? No ____ Sí ____ Si es así ¿qué es lo que toma y cada cuándo lo toma? _____

¿Toma Ud. Tylenol (acetaminofén)? No ____ Sí ____ Si es así ¿cuánto y cada cuándo? _____

¿Cuántas bebidas con alcohol toma por semana (promedio): Cerveza ____ Vino ____ Licor espirituoso ____ Nada ____

¿Usa drogas de recreo? No ____ Sí ____ Si es así ¿cuánto y cada cuándo? _____

Por la presente certifico que todas las respuestas son verídicas según mi leal entender y saber.

Firma: _____ Fecha: _____

Comentarios del proveedor de atención médica:

