

Habitos de Salud y Estilo de Vida

Nivel de Ejercicio	<input type="checkbox"/> Nunca		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Suave (camina por 30 minutos, sube la escalera, camina en la tienda)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Riguroso Ocasional (con trabajo o gimnasio) (menos de 4 veces cada semana por 30 minutos)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Riguroso Regular (con trabajo o gimnasio) (4 veces o mas cada semana por 30 minutos)		
La Dieta y Nutricion	Estas en dieta?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si estas en dieta, esta supervisada con un doctor medico?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuantos veces comes al dia? ____	Cuanto Sal? <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bajo	Cuanto grasa? <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja
	Usted toma cafeina?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si tomas, que tipo?	<input type="checkbox"/> Cafe <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Soda	Cuantos vasos al dia? _____
Alcohol	Usted tome alcohol? Si toma, cuantos veces? Si no, ir por la siguiente.		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Uso de Tabaco	Usted usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Uso de Drogas	Usted usa drogas recreativas?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Alguna vez has utilizado una aguja para inyectar un fármaco en sí mismo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro Personal	Vivas solo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Qué usted se cae con frecuencia?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Usted tiene pérdida de audición o visión?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Informacion historial de la salud familiar

Relacion	Tipo de Problema	Esta muerto?	Cuantos anos tuvo cuando morio esa persona?

Historia Medico

Por favor, marquee la casilla por cada problema medico que tenga:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Problemas ginecologicos
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ardor de estomago
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Presion Alto
<input type="checkbox"/> Cancer: Que tipo? _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica/ Hepatitis
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de rinon
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Perdida de audicion
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Perdida de vista
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Dificultad de respirar	<input type="checkbox"/> Palpitaciones (con el corazon acelerado)
<input type="checkbox"/> Dificultad de respirar en el sueno	<input type="checkbox"/> Ulcera peptica
<input type="checkbox"/> Dificultad de respirar cuando estas asentado	<input type="checkbox"/> Alergias (estornudez, tos, picazon en los ojos)
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hormigueo en las manos o los pies
<input type="checkbox"/> Latido cardiaco de corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los tiroides
<input type="checkbox"/> Saltado latido cardiaco de corazon	<input type="checkbox"/> VIH o alguna enfermedad transmitida de sexo
<input type="checkbox"/> Glaucoma	