

# Cuestionario de salud

2024.4 ~

※ Rellene este cuestionario, por favor.

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Fecha actual
--------------------	---------------------	--------------

Marque lo que corresponda

● Marque los síntomas que haya padecido últimamente.			
<input type="checkbox"/> Falta de apetito	<input type="checkbox"/> Dolor o pesadez de cabeza	<input type="checkbox"/> Ardor de estómago	<input type="checkbox"/> Rigidez de hombros - Dolor lumbar
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Presión en el pecho	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de pies o manos
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Vértigo - Falta de equilibrio	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cansancio intenso - Sensación de fatiga
<input type="checkbox"/> Tos - Espujo	<input type="checkbox"/> Sed intensa	<input type="checkbox"/> Palpitaciones - Respiración entrecortada (simplemente durante la actividad diaria o al caminar)	<input type="checkbox"/> Micción frecuente (poliuria)
			<input type="checkbox"/> Hinchazón
			<input type="checkbox"/> Sensación de retener orina
			<input type="checkbox"/> Intranquilidad - Irritabilidad
			<input type="checkbox"/> Pulso irregular
			<input type="checkbox"/> Apatía - Depresión
● Actualmente, ¿se encuentra en tratamiento o en observación por alguna enfermedad? (excepto por hipertensión, diabetes o dislipemia)		● ¿Ha tenido anteriormente alguna de las enfermedades que se indican más abajo? (Historial clínico)	
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Sí ( )		<input type="checkbox"/> Diabetes	
		<input type="checkbox"/> Dislipemia (hiperlipidemia)	
		<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	
		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
		<input type="checkbox"/> Gota	
		<input type="checkbox"/> Otras ( )	

No.	Preguntas	Opciones	Respuesta
1-3	Actualmente, ¿toma algún medicamento de los indicados en los puntos a, b ó c?		
1	a. Medicamentos para reducir la presión arterial	① Sí                    ② No	
2	b. Medicamentos para reducir el azúcar en sangre o inyecciones de insulina	① Sí                    ② No	
3	c. Medicamentos para reducir el colesterol o los triglicéridos	① Sí                    ② No	
4	El médico le ha diagnosticado o le ha tratado algún accidente cerebrovascular (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.)	① Sí                    ② No	
5	El médico le ha diagnosticado o le ha tratado alguna enfermedad cardíaca (angina de pecho, infarto, etc.)	① Sí                    ② No	
6	El médico le ha diagnosticado o le ha tratado una enfermedad renal crónica o insuficiencia renal (diálisis, etc.)	① Sí                    ② No	
7	El médico le ha diagnosticado anemia.	① Sí                    ② No	
8	Actualmente, ¿fuma de modo habitual? (* Se considerará "fumador habitual" en la actualidad a quienes cumplan las dos condiciones siguientes: 1. Ha fumado recientemente durante un mes. 2. A lo largo de su vida ha fumado durante más de seis meses o ha fumado más de 100 cigarrillos.)	① Sí (cumpló ambas condiciones) ② Antes fumaba, pero ya no fumo desde hace un mes (cumple la condición 2) ③ No (no se cumplen ni 1 ni 2)	
9	Su peso es superior en 10 kg o más al peso que tenía a la edad de 20 años.	① Sí                    ② No	
10	Durante al menos un año ha realizado, dos días o más a la semana, al menos 30 minutos de ejercicio físico hasta sudar ligeramente.	① Sí                    ② No	
11	Habitualmente pasea o realiza una actividad física similar todos los días durante al menos una hora.	① Sí                    ② No	
12	¿Camina usted más rápido que otras personas de su mismo sexo y de edad aproximadamente igual?	① Sí                    ② No	
13	Al masticar durante las comidas, ¿en qué caso se encuentra?	① Puedo masticar y comer de todo ② A veces no puedo masticar bien porque los dientes o la encía no se ajustan bien. ③ Casi no puedo masticar	
14	Comparado con otras personas, ¿come más deprisa?	① Sí                    ② Normal            ③ Lento	
15	¿Come dentro de las dos horas anteriores al irse a dormir tres o más veces a la semana?	① Sí                    ② No	
16	Aparte de las tres comidas del desayuno, la comida y la cena, ¿ingiere meriendas o bebidas dulces?	① Todos los días      ② A veces ③ Casi nunca	
17	¿Prescinde del desayuno tres o más días a la semana?	① Sí                    ② No	
18	¿Con qué frecuencia consume alcohol (sake, aguardiente, cerveza u otras bebidas alcohólicas)?  (* Por "Lo he dejado" se entiende que aquellas personas que antes bebían alcohol habitualmente más de una vez al mes ya hace un año o más que no lo toman)	① Todos los días ② 5 o 6 días a la semana ③ 3 o 4 días a la semana ④ 1 o 2 días a la semana ⑤ De 1 a 3 veces al mes ⑥ Menos de una vez al mes ⑦ Lo he dejado ⑧ No bebo (no puedo beber)	
19	Cantidad aproximada de ingestión de bebidas alcohólicas en un día Equivalentes a 1 medida de sake (15 grados de alcohol, 180 ml) tomada como referencia: Cerveza (5 grados, 500 ml), aguardiente (25 grados, 110 ml aprox.), vino (14 grados, 180 ml aprox.), wisky (43 grados, 60 ml) combinado de aguardiente en lata (5 grados, 500 ml, 7 grados 350 ml aprox.)	① Menos de 1 medida ② Entre 1 y 2 medidas ③ Entre 2 y 3 medidas ④ Entre 3 y 5 medidas ⑤ 5 o más medidas	
20	¿Descansa lo suficiente con el sueño?	① Sí                    ② No	
21	¿Tiene intención de mejorar sus hábitos cotidianos, por ejemplo, respecto a la actividad física o los hábitos de alimentación?	① No tengo intención de cambiar ② Tengo intención de cambiar (dentro de los próximos seis meses) ③ Tengo intención de cambiar pronto (dentro del próximo mes) Espero mejorar pronto (dentro de este mes) y ya estoy comenzando poco a poco. ④ Ya he comenzado a mejorar (hace menos de seis meses) ⑤ Ya he comenzado a mejorar (hace seis meses o más)	
22	Respecto a la mejora de sus hábitos cotidianos, ¿alguna vez ha recibido orientaciones de salud específicas?	① Sí                    ② No	