**D. DILIGENCIAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD**

**Ha tenido o tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades? especificar detalladamente si es afirmativo**

1. Convulsiones, ataque, perdidas de conocimiento, desmayos, trombosis cerebral, hemorragia, epilepsia o cualquier afección neurológica?  **Especificar.**

2. Fracturas, artritis, reumatismo, trastornos articulares, enfermedades de la columna, de piel o alergias?.**Especificar.**

3. Enfermedades de los ojos, pterigios, estrabismo, defectos de refracción visual, cataratas, enfermedades del oído, vértigo, enfermedades de la garganta?. **Especificar.**

4.Diabetes, trastornos de la glándula tiroides, azúcar en la sangre o en la orina?. **Especificar**

5.Ulcera gástrica o duodenal, gastritis, agrieras, colitis, hemorroides, cólicos biliares, enfermedades del hígado?. **Especificar**

6. Asma, tuberculosis, dificultad para respirar, enfermedades del pulmón?.**Especificar**

7.Tensión arterial alta, enfermedades del corazón angina pecho, enfermedades de arterias o venas?. **Especificar**.

8.Anemia, linfomas, ganglios inflamados, enfermedades renales, de la próstata, de la vejiga o venéreas?. **Especificar.**

9. Malformaciones, deformaciones, imperfecciones o anomalías congénitas o adquiridas?. **Especificar.**

10. Varices, hinchazón ulceras en las piernas?. **Especificar**

11. Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos?. **Especificar.**

12. Accidentes, traumatismos, infecciones o riesgos de padecer enfermedades transmisibles?.**Especificar**

13. Quistes, tumores, enfermedades?. **Especificar.**

14. Embarazos normales, quirúrgico o abortos, trastornos de los senos matriz u ovarios?. **Especificar**

15. Está actualmente embarazada?. De cuantos meses?

16. Ha estado alguna vez hospitalizado(a) o le han practicado cirugías o transfusiones?. **Especificar?.**

17. Ha consultado algún médico en el último año y porqué?. **Especificar.**

18. Le han practicado algún examen de laboratorio clínico, radiológico algún otro examen de diagnóstico en los últimos seis (6) meses y porqué?.**Especificar**.

19. Piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico o quirúrgico?.**Especificar?.**

20. Le han diagnosticado en alguna época de su vida tumores benignos o cáncer?. **Especificar.**

21. Practica deporte de alto riesgo?.**Especificar**

22. Padece o ha padecido alguna enfermedad que no aparezca registrada en el presente cuestionario?. **Especificar.**

23. Para menores de seis (6) años ¿ lo han vacunado contra B.C.G, Polio. rubeola, Sarampión, Difteria, Fiebre Amarilla, Tétanos, otras?. **Especificar.**

24.Para menores de seis (6) años. ¿ Al nacer su hijo(s) requirió de oxigeno e incubadora? porqué?

25. ¿ Cual es su talla? (mts)

26. ¿ Cual es su peso? (kgr)

|  |
| --- |
|  |