

## CUESTIONARIO

CONTESTA HONESTAMENTE A TODO

NO DEJES NINGUNA SIN LLENAR...

Nombre completo:

Correo electrónico:

Número de celular:

Cuánto pesa aprox:

Cuánto mide:

¿Cuántos años cumplidos tiene?

Estado civil:

Religión:

Escolaridad:

¿Tiene hijos?, Cuántos?

¿Su mamá vive?

¿Su papá vive?

¿Tienen enfermedades tus padres? ¿Que enfermedad?

Si es que pusiste que fallecieron, ¿Cuál fue la causa de muerte?

¿Cuántos hermanos tiene?

¿Ellos tiene enfermedades?

¿Usted tiene alergias?

¿Consume alcohol?

¿Cada que tanto toma?

¿Usted fuma?

¿Cuántos cigarros al día?

¿Usted tiene hipertensión o diabetes?

¿Toma algún medicamento?

Tipo de sangre:

Tiene todas las vacunas:

Cuántas dosis de COVID:

Cuántos cuartos tiene en casa:

Cuántas personas viven en su casa contando usted:

¿Tiene mascotas?

Que mascotas son y cuántas:

Hernias:

Si tiene en donde y si se la operaron en qué año fue:

Le han hecho una transfusión de sangre:

¿Cirugías u operaciones de que?:

¿En qué año fue?

¿Fracturas?

En qué parte del cuerpo y en qué año le pasó:

Amputaciones:

Color de cabello:

Cicatrices en su cuerpo:

Tatuajes:

En qué parte y que dibujo o letra es:

¿Te falta algun diente o muela?

Arriba o abajo, lado derecho o izquierdo:

Color de ojos:

¿Usa lentes de aumento?

¿Para ver de lejos o de cerca(leer)?

¿Usted es Daltónico? (Persona que no ve algunos colores)