



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIENESTAR UNIVERSITARIO
UNIDAD DE SALUD
Cuestionario de Salud

Fecha ex. Clínico:

1. <u>AURA LUZ, CIFUENTES REYES</u>	2. <u>200614790</u>
Nombre	No. de Carnet
3. <u>31 AVE C 14-33 SAN MARTIN</u>	4. Tel <u>24328221</u>
Domicilio	
5. <u>15/05/2012</u>	6. _____
Fecha de hoy	Facultad
7. <u>24.0</u>	
Edad	
8. <u>Aura Reyes</u>	9. Tel <u>42201711</u>
Encargado	Encargado
9. Movil <u>41101121</u>	
Encargado	
10. <u>BACHILLERATO EN COMPUTACION CON ORIENTACION CIENTIFICA</u>	11. <u>Soltero</u>
Titulo de Secundaria	Estado civil
12. <u>Guatemala</u>	
Crecio en	

PROBLEMAS RESUELTOS

a) _____	b) _____
c) _____	d) _____
e) _____	f) _____

Fechas:

PROBLEMAS ACTIVOS

_____	1. _____
_____	_____
_____	2. _____
_____	_____
_____	3. _____
_____	_____
_____	4. _____
_____	_____
_____	5. _____
_____	_____
_____	6. _____
_____	_____
_____	7. _____
_____	_____
_____	8. _____
_____	_____
_____	9. _____
_____	_____

No. de Registro 200614790

Sano ☐ Problemas otra causa ☐ Problemas de descuido ☐ Problemas de autodestrucción ☐

CABEZA		11) El polvo me provoca alergia	Siempre
1) Sufro dolores de cabeza	Siempre	12) Comer mariscos me provoca alergias	Frecuentemente
2) Me duele la cabeza cuando estoy tens@ (Exámenes, clases, enojos, sustos, etc.)	Frecuentemente	13) El clima frío me provoca alergia	Ocasionalmente
3) Me duele la cabeza sin motivo alguno	Siempre	14) Comer cerdo me provoca alergia	Frecuentemente
HOSPITALIZACIONES		15) Soy alérgicos a la penicilina ó aspirina	Ocasionalmente
42) Ha estado usted hospitalizado	No	16) El sol me provoca alergias	Frecuentemente
43) Enfermedad común (veces)	1	GENITOURINARIO	
44) Traumas y golpes (veces)	1	17) Siento ardor al orinar	No
45) Transtornos mentales (veces)	0	18) Siento dolor al orinar	Ocasionalmente
46) Operaciones	0	19) Padezco calculos en los riñones	No
OJO		20) Tengo problemas en mis testiculos	Ocasionalmente
4) Uso lentes (anteojos ó de contacto)	Frecuentemente	21) Mis ciclos menstruales son regulares	No
5) Se me cansa la vista (al leer, ver tv, etc)	Frecuentemente	22) Tengo flujo vaginal blanquecino o amarillento	Ocasionalmente
6) Tengo la vista borrosa al leer o identificar personas u objetos leídos (carteles, pizarra, amigos, etc)	Frecuentemente	23) Tengo dolores menstruales intensos	Ocasionalmente
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA		GASTROINTESTINAL	
7) Tengo dificultad para escuchar con uno o ambos oídos	Frecuentemente	24) Se me embota el estomago	Siempre
8) Padezco de infecciones de garganta	Frecuentemente	25) Sufro de agruras, reflujo	Frecuentemente
9) Acumulo cerumen	No	26) Sufro de diarrea	Frecuentemente
10) Mantengo secreción nasal (moquera)	Frecuentemente	27) Sufro de estreñimiento	Siempre
ALERGIAS			

28) Me lavo las manos antes de comer	Frecuentemente
--------------------------------------	----------------

MÚSCULOS Y HUESOS

29) Tengo dolores de espalda	Ocasionalmente
30) Tengo dolores de cuello	Frecuentemente

HÁBITOS DE VIDA

31) Fumo ó fume cigarillos	1 a 3 Veces/Semana
32) FUMO DE 1 A 5 CIGARRILLOS	Ocasionalmente
33) Fumo más de 5 cigarillos	1 a 3 Veces/Semana
34) Fumo principalmente en las mañanas, al momento de levantarme	Ocasionalmente
36) Soy fumador(a) pasivo(a)	1 a 3 Veces/Semana
35) Consumo bebidas alcoholicas (cerveza, ron, vino , etc)	Ocasionalmente
37) Con que frecuencia bebes 6 o más bebidas en una ocasión	Ocasionalmente
38) Con que frecuencia has dejado de hacer tus actividades debido al consumo de licor (clases, tareas, trabajo)	1 a 3 Veces/Semana
39) Practico ejercicio 30 minutos o más (correr, gimnasio, pesas, pilates, bicicleta, etc)	Ocasionalmente
40) Consumo drogas (marihuana, cocaína, etc)	1 a 3 Veces/Semana

ANTECEDENTES FAMILIARES

41) Diabetes Mellitus	Madre,Padre,Abuelos, Abuelas,Yo
-----------------------	---------------------------------