

CUESTIONARIO DE SALUD



Ciudad: _____ Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

No. Identificación Cotizante: _____ Nombres y Apellidos: _____

DILIGENCIA EN LA COLUMNA "C" LOS DATOS DEL COTIZANTE Y EN LAS CASILLAS NUMERADAS LOS "BENEFICIARIOS" EN EL MISMO ORDEN QUE RELACIONO EN EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN, CONTESTE "S" SI ES AFIRMATIVA O "N" SI ES NEGATIVA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS. SEGUN LAS RESPUESTAS VAMOS A PRIORIZAR LA ATENCIÓN QUE LE DAREMOS A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. RECUERDE QUE RESPONDER CON LA VERDAD NO LE LIMITARÁ NI LA AFILIACIÓN NI LOS DERECHOS DEL POS.

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS							GINECOOBSTETRICAS								
1. HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS ?	C	1	2	3	4	5	6	5. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA ?	C	1	2	3	4	5	6
TUBERCULOSIS								"NOTA" SI LA RESPUESTA ES POSITIVA INDIQUE EN LA CASILLA INFERIOR CORRESPONDIENTE EL NUMERO DE MESES							
LEPRA								NO SABE: (MARQUE UNA X)							
LEISHMANIASIS								SEXO FEMENINO MAYOR DE 10 AÑOS							
PALUDISMO								6. INDIQUE EL NUMERO EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE	C	1	2	3	4	5	6
COLERA								No. DE EMBARAZOS							
DENGUE								No. DE ABORTOS							
FIEBRE REUMATICA								No. DE PARTOS NATURALES							
OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? C _____								No. DE CESAREAS							
1. _____ 2. _____ 3. _____								No. DE NACIMIENTOS VIVOS							
4. _____ 5. _____ 6. _____								No. DE NIÑOS PREMATUROS							
2. HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES CRONICAS ?	C	1	2	3	4	5	6	No. DE NACIMIENTOS MUERTOS							
GASTRITIS O ULCERA								7. CON QUE FRECUENCIA USA METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	C	1	2	3	4	5	6
EPILEPSIA								NUNCA							
ARTRITIS								ESPORADICAMENTE							
DIABETES (AZUCAR EN LA SANGRE)								FRECUENTEMENTE							
HIPERTENSION ARTERIAL								PERMANENTEMENTE							
CANCER								ANTECEDENTES VACUNALES							
PROBLEMAS MENTALES								INDIQUE EL NUMERO DE DOSIS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE	C	1	2	3	4	5	6
INSUFICIENCIA RENAL								SARAMPION							
ASMA								RUBEOLA							
BRONQUITIS CRONICA								PAPERAS							
ENFISEMA								B.C.G.							
GOTA								HEPATITIS B							
OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? C _____								D.P.T.							
1. _____ 2. _____ 3. _____								POLIO							
4. _____ 5. _____ 6. _____								HAEMOPHILUS INFLUENZA E (MENINGITIS)							
QUIRURGICOS							ESTADO ACTUAL DE SALUD								
3. LO HAN INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE DE:	C	1	2	3	4	5	6	PADECE:	C	1	2	3	4	5	6
LA APENDICE								ALGUNA LIMITACION DISCAPACIDAD FISICA							
LAS AMIGDALAS								ALGUNA LIMITACION DISCAPACIDAD MENTAL							
LA VESICULA								SORDERA							
LA MATRIZ (UTERO)								CEGUERA							
LA PROSTATA								USA ALGUN MEDICAMENTO DE MANERA PERMANENTE? INDIQUE CUAL? C. _____							
LOS JUANETES								1. _____ 2. _____ 3. _____							
LAS VARICES								4. _____ 5. _____ 6. _____							
CATARATAS								HABITOS SALUDABLES Y DE RIESGO							
LA NARIZ								CLASIFIQUE DE ACUERDO A LA TABLA DE NIVELES LA FRECUENCIA EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE	C	1	2	3	4	5	6
HERNIA								CITOLOGIA VAGINAL							
CIRCUNCISION								EXAMEN DE SENO							
REEMPLAZOS ARTICULARES								HABITO DE FUMAR							
LENTES								INGESTA DE ALCOHOL							
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL								USO DE DROGAS ALUCINOGENAS							
TRANSFUSIONES								HACER EJERCICIO							
OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? C _____								CEPILLADO DE DIENTES							
1. _____ 2. _____ 3. _____								USO DE SEDA DENTAL							
4. _____ 5. _____ 6. _____								ESTA USTED EXPUESTO EN SU TRABAJO A LOS SIGUIENTES RIESGOS:	C	TABLA DE NIVELES					
CONGENITAS							ALTOS NIVELES DE RUIDO		NUNCA	NU					
4. PADECE O PADECIO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?	C	1	2	3	4	5	6	EXPOSICION A SUSTANCIAS QUIMICAS		DIARIO	DI				
HIPERMETROPIA								ALTOS NIVELES DE TEMPERATURA		SEMANAL	SE				
MIOPIA								ALTOS NIVELES DE RADIACION (RX)		MENSUAL	ME				
ASTIGMATISMO								CONTACTO CON LA SANGRE		SEMESTRAL	SEM				
LABIO LEPORINO										ANUAL	AN				
PALADAR HENDIDO										ESPORADICO	ES				
MONGOLISMO															
MALFORMACIONES CARDIACAS (CORAZON)															
MALFORMACIONES VIAS DIGESTIVAS															
MALFORMACIONES RENALES (RIÑON)															
OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? C _____															
1. _____ 2. _____ 3. _____															
4. _____ 5. _____ 6. _____															

Señor usuario le agradecemos nos informe si en el momento usted es siendo cubierto por algún fallo de tutela en cuanto a tratamiento o medicamentos:

SI NO

FIRMA COTIZANTE