

BOLETA: _____
MES/AÑO INGRESO: ____/____/____



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESIME TICOMÁN
SERVICIO MÉDICO
CUESTIONARIO MÉDICO
MEDICINA GENERAL**



NOMBRE: _____ FECHA: _____
GÉNERO: _____ LUGAR NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
TIPO SANGUÍNEO: _____ TRABAJAS: **SI NO** CURP: _____
ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO (URGENCIAS): _____ E-MAIL: _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE EN CASO DE URGENCIA: _____
PARENTESCO _____ Peso: _____ Kg Talla: _____ cm IMC: _____

Contesta las siguientes preguntas:

¿**EN TU FAMILIA** (abuelos, padres, tíos o hermanos) existen personas con alguna de las siguientes enfermedades?
(Señala con una "X" la respuesta correcta.)

Diabetes	Si	No	¿Quién?	Problemas de corazón	Si	No	¿Quién?
Cáncer	Si	No	¿Quién?	Problemas renales	Si	No	¿Quién?
Várices	Si	No	¿Quién?	Presión alta	Si	No	¿Quién?
Convulsiones	Si	No	¿Quién?	Enfermedad de la sangre	Si	No	¿Quién?
Enfermedades pulmonares	Si	No	¿Quién?	Enfermedades mentales	Si	No	¿Quién?
Obesidad	Si	No	¿Quién?	Tuberculosis	Si	No	¿Quién?

Contesta las siguientes preguntas acerca de ti:

¿Fumas? **No / Si** Edad en que comenzaste a fumar _____ y número de cigarrillos al día _____
Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas **No / Si** Con qué frecuencia _____ veces por semana
¿Cuánto? Estado de embriaguez () Más de 5 copas () 1 - 3 copas ()
Has consumido algún tipo de droga (aunque sea sólo una vez o solo por probar) **No / Si** ¿De qué tipo? _____
¿Eres alérgico a algo? SI NO ¿A qué? _____
¿Te han operado? SI NO ¿De qué? _____
¿Te han puesto sangre? SI NO ¿Por qué? _____
¿Te has fracturado? SI NO ¿Qué hueso y a qué edad? _____

ACTUALMENTE TÚ padeces o has padecido alguna de las siguientes enfermedades alguna vez de tu vida.

Contesta **SI NO**

Diabetes () Enfermedades del corazón () Enfermedades pulmonares ()
Presión alta () Enfermedades del riñón () Enfermedades mentales ()
Convulsiones () Cáncer () Infecciones Transmisión Sexual ()
Asma () Hepatitis () Otra(s) ()

¿Actualmente tomas algún medicamento? **SI NO** (Toma en cuenta laxantes, pastillas para dormir y vitaminas.)

Especifica cuál y para qué padecimiento: _____

Tienes alguno de los siguientes problemas. Contesta **SI** o **NO**

Mental	()	Auditivo	()
Motriz	()	De lenguaje	()
Visual	()	Usas lentes	SI NO

Responde las siguientes preguntas:

¿Con quién vives? Padres () Hermanos () Familiares () Solo () Otros () _____

¿Quién se responsabiliza de elaborar tus alimentos? _____

¿Cuántas comidas haces al día? 1 2 3 4 o más

¿Tienes horarios para las comidas? **SI NO** ¿Haces comidas fuera de casa? **SI NO**

¿Qué cantidad de agua consumes al día? _____

¿Cuántas veces a la semana consumes los siguientes alimentos?

Res _____	Pan _____	Galletas _____
Pollo _____	Fruta _____	Leguminosas _____
Cerdo _____	Huevo _____	Refrescos _____
Pescado _____	Verduras _____	Picante _____
Leche _____	Capeados _____	Alimentos ricos en grasa como
Lácteos _____	Fritos _____	barbacoa, carnitas, pozole,
Tortilla _____	Dulces _____	mole, etc. _____

¿Realizas ejercicio? **SI NO** ¿Cuánto tiempo a la semana? _____

MUJERES

¿A qué edad fue tu primera menstruación?

_____ ¿Cada cuándo menstruas? _____

¿Iniciaste vida sexual? **SI NO** ¿A qué edad? _____

¿Utilizas algún método de planificación familiar?

SI NO ¿Cuál? _____

¿Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? **SI NO** ¿Cuál? _____

¿Recibiste tratamiento? **SI NO**

Embarazos: **SI NO** ¿Cuántos? _____

Abortos: **SI NO** ¿Cuántos? _____

Partos: **SI NO** ¿Cuántos? _____

Cesáreas **SI NO** ¿Cuántos? _____

HOMBRES

¿Iniciaste vida sexual? **SI NO**

¿A qué edad? _____

¿Utilizas algún método de planificación familiar?

SI NO ¿Cuál? _____

¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual?

SI NO ¿Cuál? _____

¿Recibiste tratamiento? **SI NO**

¿Te has realizado la prueba de Antígeno Prostático Específico? **SI NO**

Toda la información proporcionada es de carácter confidencial y para uso exclusivo del Servicio Médico

FIRMA DEL ALUMNO: _____

SERVICIO MÉDICO E.S.I.M.E. UNIDAD TICOMÁN