

Cuestionario para la anamnesis - adultos

(¡Por favor, marque con una x lo que proceda y entrégueselo al médico!)

Datos personales, incl. no. de identificación de ZAB:

Fecha:

Sexo: masculino femenino
 individuo familia Nacionalidad: Embarazo: mes

-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | ¿Está Usted enfermo/a? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Toma Usted algún remedio/medicamento? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Es Usted vacunado contra algunas enfermedades? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se realizó una prueba cutánea de la tuberculina con Usted? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Tiene o tenía Usted alguna enfermedad transmisible? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Tisis (tuberculosis)? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Hepatitis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿VIH? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Varicela? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Sarampión? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Rubéola? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Difteria? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Sífilis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Otra enfermedad venérea/de transmisión sexual? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Tifus, fiebre paratifoidea? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Cólera? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Padece Usted algún dolor? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Tiene o tenía Usted fiebre durante las últimas 6 semanas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Tiene Usted tos fuerte? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Padece Usted náuseas o vómito? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Tiene Usted calambres abdominales o diarrea? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene Usted sangre en las heces? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene Usted dolores al orinar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene Usted erupciones cutáneas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....
Firma

Notas del médico:

.....
Firma del médico

Cuestionario para la anamnesis - niños

(¡Por favor, marque con una x lo que proceda y entrégueselo al médico!)

Datos personales, incl. no. de identificación de ZAB:

Fecha:

Sexo: masculino femenino Nacionalidad: Edad:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Está enfermo/a su hijo/a? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Toma su hijo/a algunos medicamentos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Es vacunado su hijo/a contra algunas enfermedades? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se realizó una prueba cutánea de la tuberculina con su hijo/a? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene o tenía su hijo/a alguna enfermedad transmisible? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tisis (tuberculosis)? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hepatitis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Varicela? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Paperas/parótidas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Sarampión? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Rubéola? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Difteria? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Padece su hijo/a algún dolor? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene su hijo/a fiebre? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene su hijo/a tos fuerte? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Padece su hijo/a náuseas o vómito? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene su hijo/a calambres abdominales o diarrea? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene su hijo/a erupciones cutáneas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....
Firma

Notas del médico:

.....
Firma del médico