



DETECCIÓN DE RIESGOS

Día	Mes	Año

1. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos _____ Núm. de cédula de identidad y electoral _____ RNC 430-02771-5

Sexo: F M Edad cumplida _____ años Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Estatura _____ Peso _____ Tipo de sangre _____ Estado civil: Casado Soltero

Código _____ Dependencia _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Escolaridad _____ Ciudad _____

Teléfono casa _____ Teléfono oficina _____ Ext. _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

PATOLOGÍA	SÍ	NO	PARENTESCO	PATOLOGÍA	SÍ	NO	PARENTESCO
Hipertensión arterial				Enfermedad reumática			
Diabetes				Cáncer			
Cardiopatías				Enfermedad renal			
Tuberculosis				Otros			
Asma							

3. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

A. Hipertensión arterial (presión alta)

¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que ha tenido o padece presión alta?

Sí, solo una vez Sí, y más de una vez No, nunca me lo han dicho No estoy seguro/no recuerdo

¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial? Menos de un año 1-2 Años atrás Más de 2 años

¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento por un profesional para mantener controlada su presión arterial? Sí No

¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

- Tratamiento sin medicamentos (dieta y ejercicios)
 - Comiendo bajo en sal
 - Haciendo ejercicios físicos regularmente
 - Bajando de peso, controlando el peso personal
 - Aumento consumo de verduras y frutas
 - Otros _____
- Especificar

- Ninguno
- Medicamentos
- Indicar nombres medicamentos:

B. Diabetes

¿Alguna vez le han dicho que ha tenido o padece de diabetes o azúcar en la sangre? Sí No No estoy seguro/no recuerdo

Responder solo en caso de sexo femenino 1. ¿Ha estado embarazada? Sí No

En caso afirmativo 2. ¿Ha tenido diabetes mientras estaba embarazada? Sí No No estoy seguro/no recuerdo

¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional para mantener controlada su diabetes? Sí No

¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

- Tratamiento sin medicamentos (dieta y ejercicios)
 - Comiendo sin azúcar o menos azúcar que antes
 - Haciendo ejercicios físicos regularmente
 - Aumento consumo de verduras y frutas
 - Otros _____
- Especificar

- Ninguno
- Medicamentos
- Indicar nombres medicamentos:

C. Colesterol alto

¿Alguna vez un médico, le ha dicho que ha tenido colesterol alto en la sangre? Sí No No estoy seguro/
no recuerdo

¿En estos momentos está sometido a programa o tratamiento para colesterol indicado por un profesional para mantener controlado su colesterol? Sí No

¿Qué tipo de tratamiento está llevando?

- Tratamiento sin medicamentos (dieta y ejercicios)
- Comiendo sin grasa o menos grasa que antes
- Haciendo ejercicios físicos regularmente
- Aumento consumo de verduras y frutas
- Otros _____
Especificar _____

- Ninguno
- Medicamentos
- Indicar nombres medicamentos: _____

4. ESTUDIOS EN EL ÚLTIMO AÑO

Mujeres		Hombres	
Densitometría	Papanicolau	Estudio de próstata (mayores de 35 años)	Chequeo odontológico
Mamografía	Chequeo odontológico	PSA	Otros _____
RX Tórax	Otros _____ Especificar _____	RX Tórax	Especificar _____

Riesgos laborales

Exposición a sustancias químicas	Sí	No	Tiempo de exposición _____
Exposición a sustancias radioactivas	Sí	No	Tiempo de exposición _____
Exposición a ruidos externos	Sí	No	Tiempo de exposición _____
Manejo de maquinaria pesada	Sí	No	Tiempo de exposición _____
Exposición a otros contaminantes	Sí	No	Tiempo de exposición _____

5. HÁBITOS

Alcohol: Sí No Frecuencia _____ Café: Sí No Número de tazas al día _____
 Tabaco: Sí No Número CIG./día _____ Otros _____
Especificar _____

6. SALUD SEXUAL

Mujeres	Hombres
Menarquia _____ años Ciclo ____/____ FUM ____ FUP ____	Inicio de vida sexual _____ años
Gesta ____ Partos ____ Cesáreas ____ Abortos ____ Vivos ____	Uso de preservativos: Siempre Casi siempre A veces Nunca
Inicio de vida sexual _____ años	ETS: Sí No Cuáles _____
Papanicolau _____ Mes ____ año Resultado _____	Planificación: Sí No Método _____
Mamografía _____ Mes ____ año Resultado _____	
ITS: Sí No Cuáles _____	
Planificación: Sí No Método _____	

7. ACTIVIDAD FÍSICA

CAMINATA (MÍNIMO 30 MINUTOS):
 Diario Interdiario Semanal Mensual Nunca Otros _____
Especificar _____

EJERCICIO DE RUTINA:
 Diario Interdiario Semanal Mensual Nunca Otros _____
Especificar _____

8. TRATAMIENTOS

Tratamiento continuo: Sí No Detalle _____
 Médico de cabecera _____ Especialidad _____
Nombres y apellidos _____

9. RECOMENDACIONES

Firma del médico _____ Firma del paciente _____