

Anexo 1.- Cuestionario de salud para aplicar en cada visita al paciente o su madre

CUESTIONARIO DE SALUD									
NOMBRE PACIENTE:					ACOMPAÑANTE:				
Marque con un círculo sus respuestas. Si la respuesta es si, explica:									
ALERGIAS:				TIENES DOLOR?		Si		No	
HAY ALGO QUE TE PREOCUPA?									
HAS ESTADO ENFERMO DESDE TU ÚLTIMO CONTROL								Si No	
HAS TENIDO QUE CONSULTAR ALGUN MEDICO									
HAS RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO EXTRA								Si No	
Explica:									
CÓMO HA ESTADO TU SALUD EN GENERAL									
								Igual Mejor Peor	
CÓMO HA ESTADO TU ENERGÍA ESTAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS									
								Bien Regular Mal	
HAS TENIDO TOS LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS									
								Ninguna Ocasional Frecuente Incrementada	
DESCRIBE TU ESPUTO DE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS									
								Ninguna Ocasional Frecuente Incrementada	
QUÉ COLOR?				Claros		Blancas		Gris Amarilla Verde	
TIENES DIFICULTAD PARA RESPIRAR?									
								Si No	
Cuándo?									
HAS TENIDO TOS CON SANGRE EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS								Si No	
HAS TENIDO SÍNTOMAS SINUSALES?									
								Si No	
Describe:									
CÓMO ESTÁ TU APETITO?									
								Bien Regular Malo	
CÓMO ESTÁN TUS DEPOSICIONES?									
								Formadas Disgregadas Aceitosas Duras	
CUÁNTAS VECES AL DÍA?				<1		1		2 3 >3	
OTROS SÍNTOMAS DIGESTIVOS:									
Dolor		Distension		Nauseas		Gases		Constipacion Vomitos Reflujo	
MUJERES: CUÁNDO FUE TÚ ÚLTIMO PERIODO?									
QUÉ TÉCNICA USAS PARA REALIZAR LA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA?									
CON QUÉ FRECUENCIA REALIZAS LA KINESIOTERAPIA?									
CUÁNTAS VECES OLVIDASTE REALIZAR LA KINESIOTERAPIA LA ÚLTIMA SEMANA?									
HACES EJERCICIO? CUÁL?									
TU FUMAS?									
Si		No		VIVES CON ALGUIEN QUE FUMA?		Si No		QUIEN?	
ESCRIBE LA SECUENCIA QUE REALIZAS PARA TUS NEBULIZACIONES Y KINESIOTERAPIA. (Mañana y Tarde):									
AM: 1		2		3		4			
PM: 1		2		3		4			