



SOMOS COFEPRIS,
SOMOS ARN



CUESTIONARIO

Nombre _____

Edad _____ Genero Fem _____ Masc _____

1.- Le han practicado algún tatuaje, perforación o micro pigmentación. (si) (no)

2.-Le han realizado alguna transfusión sanguínea en los últimos seis meses. (si) (no)

3.-Le han realizado alguna transfusión sanguínea en los últimos seis meses. (si) (no)

4.-Tiene usted antecedentes de enfermedades, como:

Diabetes _____ Cicatriz Queloide _____ Cáncer _____
Hipertensión _____ Epilepsia _____ Hemofilia _____

5.- Tiene usted antecedentes de enfermedades transmisibles como

Hepatitis _____ VIH _____ Gonorrea _____ Sífilis _____ Chancro _____

6.-Padece usted alguna alergia a sustancias _____ Alimentos _____ Medicamentos _____
Anestésicos _____ u otros.

7.-Actualmente toma usted algún medicamento (Si) (no) Cual _____

8.-Consume usted alguna droga (Si) (No) Cual _____

9.-Le han realizado alguna intervención quirúrgica en los últimos seis meses _____

10.-Hatomado alimentos en las últimas 4 horas _____

11.-Han ingerido bebidas alcohólicas en las últimas 8hrs _____

12.-Esta embarazada o en periodo de lactancia _____

Nombre y Firma _____