

# Cuestionario Confidencial

## *Evaluación de la Salud de lo Hombre Completo*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código de Area \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: Habitación \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección E-mail \_\_\_\_\_  
 Médico que Refiere \_\_\_\_\_

**Si    No**

### *Cabeza y Cuello*

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Usted sufre de dolores de cabeza ?<br>Si es así, una vez al mes o menos ___ más de una vez al mes ___   | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene alergias conocidas ? Alimentos ___ Ambiental ___  | ___ | ___ |
| 3. ¿Le suena la mandíbula cuando mastica?   | ___ | ___ |
| 4. ¿Actualmente tiene gripe?  | ___ | ___ |
| 5. ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de la tiroides ?  | ___ | ___ |
| 6. ¿Tiene dolor en el cuello ?  | ___ | ___ |
| 7. ¿Tiene dolor en la parte superior de la espalda?   | ___ | ___ |
| 8. ¿Tiene una historia conocida de enfermedad de las arterias carótidas?  | ___ | ___ |
| 9. ¿Tiene antecedentes familiares de derrame cerebral?  | ___ | ___ |
| 10. ¿Sufre usted actualmente de problemas de sinusitis ?  | ___ | ___ |
| 11. ¿Tiene problemas dentales ?<br>Tratamientos de Conductos ___ Enfermedad de la Encía ___ Implantes ___<br>Extracciones no reemplazadas ___ Dentadura Postiza ___ | ___ | ___ |
| 12. ¿Le han hecho limpieza dental en los últimos 7 días?  | ___ | ___ |

¿Tiene alguna preocupación especial o hay cualquier detalle relacionado con la información anterior ?

# *Pecho, Corazón y Pulmones*

- |   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Le han diagnosticado:                                 |           |           |
| Enfermedad del corazón?                                   | ___       | ___       |
| Enfermedad pulmonar?                                      | ___       | ___       |
| Trastornos en la parte superior de la columna vertebral ? | ___       | ___       |
| 2. ¿Sufre de dolor en la parte superior de la espalda ?   | ___       | ___       |
| 3. ¿Sufre de dolor en el pecho ?                          | ___       | ___       |
| 4. ¿Le han hecho cirugía de :                             |           |           |
| Corazón ?   | ___       | ___       |
| Los pulmones ?  | ___       | ___       |
| La parte media de la espalda ?                            | ___       | ___       |
| 5. ¿Tiene asma o dificultad para respirar ?               | ___       | ___       |
| 6. ¿Actualmente fuma cigarrillos ?                        | ___       | ___       |
| 7. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos cinco años?      | ___       | ___       |

# *Abdomen & Parte Inferior de la Espalda*

1. ¿Sufre de reflujo ácido u otros problemas digestivos ? Si___ No___	¿Le han hecho cirugía o tiene enfermedad en:
2. ¿Sufre de dolor :	el Estómago? Si___ No___
en el Estómago? Si___ No___	en el Bazo (Parte Superior Derecha) ? Si___ No___
debajo de la Mama derecha? Si___ No___	en el Hígado (Parte Superior Derecha) Si___ No___
debajo de la Mama izquierda? Si___ No___	en los Riñones ? Si___ No___
en el Abdomen? Si___ No___	en los Intestinos ? Si___ No___
en la Parte Baja de la Espalda ? Si___ No___	en el Abdomen ? Si___ No___
en la Región Pélvica? Si___ No___	en la Parte Baja de la Espalda ? Si___ No___
	en la Región Pélvica? Si___ No___

¿Ha consumido alcohol en las últimas 24 horas? Si \_\_\_ No\_\_\_

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay algunos detalles relacionados con la información suministrada anteriormente?

# Piernas & Pies

Marque solamente en caso de "Sí"

1. ¿Sufre de dolor en:	2. ¿Le han hecho Cirugía en:
las Piernas? IZQ ___ DER ___	las Piernas? IZQ ___ DER ___
el Ciático IZQ ___ DER ___	el Ciático? IZQ ___ DER ___
las Nalgas/Caderas? IZQ ___ DER ___	las Nalgas/Caderas? IZQ ___ DER ___
las Rodillas? IZQ ___ DER ___	las Rodillas? IZQ ___ DER ___
los Tobillos? IZQ ___ DER ___	los Tobillos? IZQ ___ DER ___
los Piés? IZQ ___ DER ___	los Piés? IZQ ___ DER ___

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay cualquier tipo de detalle en relación con la información anterior?

# Brazos & Manos

(Marque solamente en caso de "sí")

1. ¿Sufre de dolor en:	<b>IZQ</b>	<b>DER</b>	2. ¿Le han hecho cirugía en:	<b>IZQ</b>	<b>DER</b>
Hombros?	___	___	Hombros?	___	___
Codos?	___	___	Codos?	___	___
Brazos?	___	___	Brazos?	___	___
Manos?	___	___	Manos?	___	___

¿Tiene algunas preocupaciones especiales o hay cualquier tipo de detalle en relación con la información anterior?

**Procedimiento:** se le harán imágenes utilizando una cámara infrarroja del estado del arte en un ambiente confortable y controlado. Sus reportes basales de imágenes térmicas le proveerán información solamente acerca de condiciones actuales y futuras y no algún diagnóstico de enfermedad de mamas La imagenología térmica debería ser correlacionada con otros métodos de investigación médica para dirigir mejor hacia las pruebas definitivas que lleven al diagnóstico y al tratamiento. No reemplaza ningún otro examen de mamas

**Autorización del Paciente para Divulgación:** Entiendo que la intención del reporte generado de mis imágenes es para el uso de un proveedor entrenado del cuidado de la salud para asistir en la evaluación y el tratamiento. Entiendo además que no es en absoluto la intención del reporte para que yo como individuo lo use para auto-evaluación y auto-diagnóstico. Entiendo que el reporte no me dirá si tengo cualquier tipo de dolencias, enfermedades u otras condiciones, sino que será un análisis de las imágenes con respecto a los hallazgos Termográficos discutidos en el reporte

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido la declaración anterior y consentimiento para el examen

Firma del paciente \_\_\_\_\_ La fecha de hoy \_\_\_\_\_