

BRISTOL PARK

MEDICAL GROUP

CUESTIONARIO SOBRE SALUD PREVENTIVA DE 11 A 24 AÑOS DE EDAD

NOMBRE: _____ REGISTRO MÉDICO No.: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ HOMBRE MUJER

TODOS LOS PACIENTES

1. ¿RECIBIÓ UNA VACUNA CONTRA EL TÉTANO Y LA DIFTERIA (dT) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?SÍ NO

Si contestó que sí, ¿en qué año? _____ ¿en dónde se vacunó? _____

2. ¿FUMA USTED?SÍ NO

PACIENTES DE 11 Y 12 AÑOS

1. ¿RECIBIÓ LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA MMR (vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola)
(recomendada de los 12 a los 15 meses, de los 4 a los 6 años ó de los 11 a los 12 años)?SÍ NO

2. ¿SE LE HA RECOMENDADO LA VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B?SÍ NO

SOLAMENTE MUJERES

1. ¿SE LE HA ACONSEJADO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LOS SUPLEMENTOS DE CALCIO?SÍ NO

2. **MUJERES DE 12 AÑOS Y MAYORES, QUE NO ESTÑN EMBARAZADAS**

¿LE HAN HECHO ANÁLISIS DE RUBÉOLA O TIENE COMPROBANTES DE VACUNACIÓN CONTRA LA
RUBÉOLA EN AÑOS PASADOS?SÍ NO

Si contestó que sí, ¿en qué año? _____ ¿en dónde se vacunó? _____

3. **MUJERES DE 18 AÑOS, MAYORES, O SEXUALMENTE ACTIVAS**

¿SE HA SOMETIDO A UN EXAMEN DE PAPANICOLAU EN LOS ÚLTIMOS 1 A 3 AÑOSSÍ NO

Si contestó que sí, ¿en qué fecha? _____ resultados: _____ ¿en dónde le hicieron el análisis? _____

4. **MUJERES QUE PLANEAN EMBARAZARSE O QUE TIENEN LA POSIBILIDAD DE HACERLO**

¿SE LE HA RECOMENDADO QUE TOMA DIARIAMENTE MULTIVITAMINAS CON ÁCIDO FÓLICO?SÍ NO

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

COMMENTS/ACTION TAKEN: