



**Somos COFEPRIS,
somos ARN**



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CUESTIONARIO

Nombre _____

Edad _____ Genero Fem _____ Masc _____

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

2.- Le han realizado algún procedimiento dental (endodoncia). (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)

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

10.- Ha tomado alimentos en las últimas 4 horas _____

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

12.- Esta embarazada o en periodo de lactancia _____

Nombre y Firma _____