



## 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 trasmisibles 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\_\_\_\_\_