



MEDICINA HUMANA

***Nombre del alumno: Arturo Rodríguez
Ramos***

***Nombre del catedrático: Sergio
Alejandro López Ruiz***

Tema: “Entrevista”

Materia: “Psicología Medica”

Grado: “1”

Grupo: “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de enero

1. ¿Fuma actualmente, o ha fumado durante el último mes? Si / No
2. ¿Ha padecido usted de las siguientes condiciones médicas?
 - a. Convulsiones (ataques) Si / No
 - b. Reacciones alérgicas que no lo dejan respirar Si / No
 - c. Claustrofobia (miedo de estar en espacios cerrados) Si / No
 - d. Dificultad al oler (excepto cuando ha tenido un resfriado) Si / No /No sé
 - e. Diabetes (azúcar en la sangre):. Si / No /No sé
3. ¿Ha padecido usted de los siguientes problemas pulmonares?
 - a. Asbestosis Si / No
 - b. Asma: Si / No
 - c. Bronquitis crónica Si / No
 - d. Enfisema Si / No
 - e. Neumonía Si / No
 - f. Tuberculosis Si / No
 - g. Silicosis Si / No
 - h. Neumotórax (pulmón colapsado) Si / No
 - i. Cáncer en los pulmones: Si / No
 - j. Costillas rotas Si / No
 - k. Lesiones o cirugía en el pecho Si / No
 - l. Algún otro problema de los pulmones que le hayan dicho Si / No
4. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades en sus pulmones?
 - a. Dificultad al respirar: Si / No
 - b. Dificultad al respirar cuando camina rápido sobre terreno plano, una superficie levemente inclinada o subiendo una colina: Si / No

- c. Dificultad al respirar cuando camina a un ritmo normal con otras personas: Si / No
 - d. Cuando camina normalmente en terreno plano necesita parar para tomar aire: Si / No
 - e. Dificultad al respirar cuando se esta bañando o vistiendo: Si / No
 - f. Dificultad al respirar que le impide trabajar: Si / No
 - g. Tos con flema:(esputo espeso): Si / No
 - h. Tos que lo despierta temprano en la mañana: Si / No
 - i. Tos que ocurre mayormente cuando esta acostado: Si / No
 - j. Ha tosido con sangre en el último mes: Si / No
 - k. Silbido al respirar con dificultad: Si / No
 - l. Silbido al respirar que le impide trabajar: Si / No
 - m. Dolor en el pecho cuando respira profundamente: Si / No
 - n. Algún otro síntomas que crea usted que esta relacionados con los pulmones: Si / No
5. ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas cardiovasculares o del corazón?
- a. Ataque cardiaco: Si / No
 - b. Derrame cerebral o embolia: Si / No
 - c. Dolor en el pecho (Angina de pecho): Si / No
 - d. Falla del corazón: Si / No
 - e. Hinchazón en las piernas o pies (que no sea causado por caminar): Si / No
 - f. Latidos irregulares del corazón (arritmia): Si / No / No sé
 - g. Alta presión: Si / No / No sé
 - h. Algún otro problema cardiovascular o cardiaco que le hayan dicho Si / No
6. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas cardiovasculares o del corazón?
- a. Dolor o presión frecuente en el pecho: Si / No
 - b. Dolor o presión en su pecho durante actividad física: Si / No

- c. Dolor o presión en su pecho que no lo deja trabajar normalmente: Si / No
- d. En los últimos dos años ha notado que su corazón late irregularmente: Si / No
- e. Agruras o indigestión no ocasionada por la comida: Si / No
- f. Algún otro síntoma que usted piensa son causados por problemas de su corazón o de su circulación
Si / No

7. ¿Actualmente está tomando medicamentos para alguno de los siguientes problemas?

- a. Problemas de la respiración o pulmonares: Si / No
- b. Problemas del corazón: Si / No
- c. Alta presión: Si / No
- d. Convulsiones (ataques): Si / No

8. ¿El uso de un respirador le ha causado alguno de los siguientes problemas? (si no ha usado un respirador, deje esta pregunta en blanco y continúe con la pregunta #9).

- a. Irritación de los ojos Si / No
- b. Alergias del cutis o sarpullido Si / No
- c. Ansiedad: Si / No
- d. Agotamiento general o fatiga Si / No
- e. Dificultad al respirar Si / No
- f. Algún otro problema que le impida usar un respirador Si / No

9. ¿Le gustaría hablar con el profesional de salud que revisará sus respuestas sobre este Cuestionario: Si / No

Las preguntas del 10 al 15 deben ser contestadas por los empleados que han sido seleccionados para

usar un respirador con cartuchos, que le cubra la cara completa o un respirador con auto-suministro de

aire propio (SCBA). Los empleados que usan otro tipo de respirador las respuestas a estas preguntas

son voluntarias.

10. ¿Ha perdido la vista en alguno de sus ojos (temporalmente o permanente)? Si / No

11. ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas con su vista?

a. Usa lentes de contacto: Si / No

b. Usa lentes: Si / No

c. Dificultad para distinguir los colores: Si / No

d. Tiene algún problema con sus ojos o su vista: Si / No

12. ¿Ha tenido alguna vez daño en sus oídos, incluyendo rotura del tímpano? Si / No

13. ¿Actualmente tiene uno de los siguientes problemas con los oídos?

a. Dificultad para oír: Si / No

b. Usa un aparato para la sordera Si / No

c. Tiene algún otro problema con sus oídos o dificultad al escuchar: Si / No

14. ¿Se ha dañado o lastimado alguna vez su espalda? Si / No

15. ¿Tiene uno de los siguientes problemas óseos o musculares?

a. Debilidad en sus brazos, manos, piernas o pies: Si / No

b. Dolor de espalda: Si / No

c. Dificultad para mover completamente sus brazos y piernas: Si / No

d. Dolor o rigidez al doblar su cintura hacia adelante o hacia atrás: Si / No

e. Dificultad para mover completamente su cabeza hacia arriba o hacia abajo: Si / No

f. Dificultad para mover completamente su cabeza de lado a lado: Si / No

g. Dificultad para doblar sus rodillas: Si / No

h. Dificultad para ponerse en cuclillas: Si / No

i. Dificultad al subir por escaleras o escalones cargando más de 25 libras Si / No

j. Algún otro problema muscular o con sus huesos que le impida usar un respirador: Si / No