



Cuestionario de Bienestar y Cuidado Preventivo

Página 1

Este cuestionario ayuda a la Dra. Ramirez a entender sus hábitos de bienestar y necesidades preventivas. Por favor responda con honestidad para apoyar su plan de cuidado personalizado.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Número de Teléfono:

Correo Electrónico:



Cuestionario de Bienestar y Cuidado Preventivo

Página 2

ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS DIARIOS

1. Describa su dieta diaria típica:

2. Porciones diarias de frutas/vegetales:

3. Cantidad de agua consumida por día (vasos):

4. ¿Consume cafeína? ¿Cantidad por día?:

5. ¿Consume alcohol? Frecuencia/cantidad:

6. ¿Fuma o vapea? Frecuencia:



Cuestionario de Bienestar y Cuidado Preventivo

Página 3

EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA

7. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio por semana?

8. ¿Qué tipos de ejercicio realiza?

9. ¿Tiene limitaciones físicas o dolor crónico?

SUEÑO Y DESCANSO

10. Horas promedio de sueño por noche:

11. ¿Tiene dificultad para dormir?

12. ¿Se despierta sintiéndose descansado?



Cuestionario de Bienestar y Cuidado Preventivo

Página 4

ESTRÉS Y SALUD MENTAL

13. Califique su nivel de estrés (1–10):

14. Principales fuentes de estrés:

15. ¿Ha experimentado ansiedad o depresión?

16. ¿Utiliza técnicas de relajación?

CUIDADO PREVENTIVO

17. Fecha de su último examen físico anual:

18. Fecha de su último análisis de laboratorio:

19. ¿Tiene sus vacunas al día?

20. Historial familiar de condiciones médicas importantes:

Firma del Paciente:

Fecha:
