

CUESTIONARIO DE EXPOSICION A TÓXICOS

Si ha estado expuesto a cualquiera de los siguientes en los **ULTIMOS 12 MESES** marque su respuesta apropiada:

- **(S)** Si
- **(N)** No
- **(?)** No sabe
- **(A)** Para exposiciones ANTES de 12 meses

Comunidad

Tiene usted exposición frecuente a:	S	N	?	A	Notas
Exostos de automóviles					
Fincas/granjas/Fábricas/Cables de alta tensión o estaciones de energía					
Torres o antenas de radio					
Relleno sanitario o basurero					
Torres eléctricas					

Hogar y/o ambiente de trabajo

Usted vive en: (encierra en un círculo)	Casa	Apartamento			
Usted trabaja en: (encierra en un círculo)	Su casa	Edificio de Oficinas	Fábrica		
Usted se baña en:	Casa	Lugares Públicos			
Tiene usted exposición frecuente en su casa o trabajo a:	S	N	?	A	Notas
Calentadores de aire					
Remodelaciones (Alfombras nuevas; etc...)					
Pisos sucios					
Sótanos o espacios muy estrechos					
Goteras ó humedades					
Hongos					
Techo en madera vieja					
Pisos de madera					
Desmoronamiento de aislamiento de tuberías					
Desmoronamiento de aislamiento de pared o techo					
Pintura vieja ó en mal estado					
Alfombras, tapetes					
Congestión o estancamiento del aire					
Estufas de gas o propano					
Estufas de carbón o leña					
Algún otro gas domestico (calentador de agua, o de aire)					
Contacto frecuente con fumadores					

Hobby y actividades laborales

Tiene usted exposición frecuente a:	S	N	?	A	Notas
Pesticidas o herbicidas					
Químicos abrasivos (varnis, pegantes, gases, ácidos...)					
Soldadura					
Metales (Plomo, Mercurio, etc)					
Pinturas					
Revelado de fotografía / Cuartos oscuros					
Viajes en avión frecuentes					
Químicos para limpieza					

Personal - Dieta

Fuente de agua Consumo/Cocina:	Pozo	llave	Embotellada	Filtrada	
Cafeína? Que tipo ?:	Cuanto:				
Usted como con regularidad :	Y	N	?	P	Notes
Pescado (Fresco, Congelado, enlatado etc.)					
Endulzante Artificiales (encierra un círculo) NutraSweet,Equal, Aspartame, Splenda					
Alcohol					
Productos animales					
<ul style="list-style-type: none"> A que frecuencia? Cual % de sus productos animales es orgánico ? 					
Usted lava sus alimentos frescos ¿					
<ul style="list-style-type: none"> Cual % de sus alimentos son orgánicos ? 					
Frituras					
Gaseosas, jugos, bebidas con Jarabe de maíz - cuantos por día ?					
Tiene:	Y	N	?	P	
Alergias					
Sensibilidades a olores (gases, perfumes pinturas etc...)					
Materiales artificiales en el cuerpo (implantes, tornillos, articulaciones, etc...)					
Inmunizaciones					
Ha alguna vez ?:	Y	N	?	P	
Fumado tabaco					
Experimentado con drogas recreacionales					
Manejado un estilo de vida con mucho estrés					
Experimentado un evento estresante o traumático					
Estado bajo la influencia de anestesia					
Tenido una enfermedad durante un viaje al exterior					
Tenido una enfermedad mientras acampando o haciendo una caminata					
Tenido una intoxicación alimentaria					

Odontológico

	Y	N	?	Notes
Tiene actualmente amalgamas o coronas de mercurios ¿				
• Cuantas amalgamas de mercurio tiene actualmente?				
Se ha quitado o perdido amalgamas o coronas ?				
Ha tenido amalgamas de niño ?				
• Cuantas amalgamas ha tenido?				
Hubo extracción de cordales ?				
• A que edad?				
• Alguna complicación como infección o absceso?				
Ha recibido algún tratamiento de conducto ?				
• Cuantos y cuando fueron realizados ?				
Su mamá tenía amalgamas de mercurio antes de que tu nacieras?				
• Durante su embarazo contigo?				
Otros :				

Por favor anote todos los medicamentos de **PRESCRIPCIÓN** o de **VENTA LIBRE** que actualmente usted toma regularmente incluyendo píldoras anticonceptivas y inyecciones de desensibilización a alérgenos:

Nombre del medicamento	Dosis (mg, ML, IU)	Frecuencia de uso?	Duración del tratamiento?	Efectos secundarios ¿ Especificar:

Por favor anote todas las VITAMINAS/MINERALES/PLANTAS y/o OTROS SUPLEMENTOS que actualmente usted toma regularmente:

Nombre del suplemento	Dosis (mg, ML, IU)	Frecuencia de uso?	Duración del tratamiento?	Efectos secundarios ¿ Especificar:

Reacciones adversas a medicamentos : Por favor anote TODOS : medicamentos/ anestésicos / inmunizaciones que ha tenido que suspender por reacción adversa o alérgica:

Nombre del medicamento/ inmunización	Tipo de reacción adversa que genero la necesidad de suspender	Edad	Año