

CUESTIONARIO DE SUS ANTECEDENTES

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Este cuestionario está diseñado par que podamos averiguar algo que pueda ayudar u obstaculizar su recuperación. Por favor describa cosas de su pasado.

Su familia: _____

Su trabajo actual y anteriores: _____

Su alojamiento/vivienda: _____

Cualquier cosa que Ud piense que tiene una influencia negativa para su salud: _____

Enfermedades, accidentes, operaciones anteriores : _____
