

Cuestionario de Salud

Importante:

Complete este cuestionario tan a fondo como sea posible. Algunas de las preguntas pueden parecer ajenas a su condición, pero pueden jugar un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento. Toda la información que usted proporcione en este cuestionario es estrictamente confidencial y pasarán a formar parte de su expediente médico.

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento: (mm/dd/año)	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Estado civil	<input type="text"/>
Ocupación actual	<input type="text"/>
Número de contacto	<input type="text"/>
Número de contacto de un Miembro de familia (mencionar aquí el número de contacto de una persona para emergencias)	<input type="text"/>
Nombre del hostal/hotel	<input type="text"/>
Tipo de retiro de Ayahuasca	<input type="text"/>
