



SERVICIO MEDICO

INSTITUTO TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE ZAMORA

ENCUESTA DE SALUD

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Semestre: _____ Carrera: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ FC: _____ FR: _____
Glucosa: _____ Tipo de Sangre: _____ Fecha: _____

1.- ¿Padeces alguna enfermedad crónica, ejemplo: Diabetes, hipertensión, etc.?

SI () NO ()

2.- ¿Tomas refresco?

SI () NO ()

3.- ¿Cuántos refrescos toma en una semana?

1-3 refrescos () 4-6 () + 7 ()

4.- ¿Fumas?

SI () NO ()

5.- ¿Cuántos cigarros fumas en una semana?

1-6 cigarros () 7- 14 () + 15 ()

6.- ¿Tomas bebidas embriagantes?

SI () NO ()

7.- ¿Qué cantidad tomas en un mes?

1-3 cubas o cervezas () 4-6 () + 7 ()

8.- ¿Cuántos litros de agua tomas en 24 hrs.?

- 1 litro () 1-2 () + 2 ()

9.- ¿Cómo consideras tu alimentación?

Buena () Regular () Mala ()

