

## 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 : \_\_\_\_\_

---

---

---

---