

Control del Estrés

Información Preliminar Requerida

Fecha: ___/___/20__

DATOS PERSONALES

Apellido		Nombres			
Dirección			Ciudad		
Provincia		Edad		Presión Arterial	
E-Mail		Teléfono		Móvil	

CUESTIONARIO

- 01- En su historial clínico ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica delicada?
- 02- ¿Utiliza un *marcapasos* o padece alguna afección cardíaca de importancia?
- 03- ¿Ha sufrido un ACV (Accidente Cerebro Vascular)?
- 04- ¿Suele tener convulsiones o síntomas congruentes con la Epilepsia?
- 05- ¿Sabe si padece alguna enfermedad grave o crónica?
- 06- ¿Es usted una persona asmática o alérgica?
- 07- ¿Se realizó un chequeo médico general en los últimos 18 meses?
- 08- ¿Sabe cuál es su presión arterial habitual?
- 09- Ocasionalmente ¿Padece de mareos espontáneos?
- 10- ¿Tiene, de ordinario, dificultades para respirar?
- 11- ¿Suele sentir una sensación de opresión en el pecho?
- 12- ¿Siente, frecuentemente, molestias o ardor en el estómago?
- 13- ¿Padece de dolores de cabeza, intensos y persistentes?
- 14- ¿Tiene una pérdida auditiva notoria en el alguno de sus oídos?
- 15- ¿Tiene dificultades visuales serias, en uno o ambos ojos?

- 16- ¿Duerme, al menos, más de cinco horas consecutivas por noche?
- 17- ¿Toma algún medicamento que le ayuda a dormir durante la noche?
- 18- Al despertar por las mañana ¿Siente que ha descansado y revitalizado?
- 19- ¿Ha consultado o consulta a un psiquiatra o a un psicólogo?
- 20- ¿Toma algún medicamento indicado por un psiquiatra o neurólogo?

- 21- ¿Habita en una casa que es de su propiedad?
- 22- ¿Tiene un oficio o trabajo remunerativo?
- 23- ¿Siente comodidad y alegría con su estilo de vida?
- 24- ¿Le agrada pasar tiempo sólo con su familia?
- 25- En su hogar ¿Vive una persona anciana que requiere cuidados especiales?
- 26- ¿Ha perdido a un ser muy querido en los últimos tiempos?
- 27- ¿Tiene dificultades serias con alguno de sus familiares o parientes?
- 28- En su vida doméstica ¿Tiene algo que le perturba especialmente?
- 29- En sus fines de semana ¿Tiene oportunidad de descansar y distraerse?
- 30- ¿Tiene amistades con las cuales suele compartir momentos agradables?

- 31- En otro orden ¿Se considera una persona ansiosa?
- 32- ¿Suele irritarse con facilidad?
- 33- En situaciones de gran enojo ¿tiende a usar la fuerza física?
- 34- ¿Siente que, en general, los demás tienen dificultades para entenderle?
- 35- ¿Se considera una persona tímida?
- 36- ¿Se considera una persona práctica?
- 37- ¿Teme al paso de los años?

- 38- En un mismo día ¿Cambia su humor varias veces (de alegría a tristeza, por ejemplo)?
- 39- ¿Siente que su ánimo decae al anochecer o en días nublados?
- 40- ¿Le cuesta decidir, aún sobre hechos o situaciones de poca importancia?
- 41- ¿Siente que, a veces, tiende a no concluir lo que comienza?

- 42- En cuanto a su estilo de vida ¿Considera que lleva una vida saludable?
- 43- ¿Considera que su dieta es equilibrada? (carnes, verduras, lácteos y frutas)
- 44- ¿Estima que ingiere más de 2 litros de agua potable por día?
- 45- ¿Realiza habitualmente alguna actividad física? (caminatas, deportes, etc.)
- 46- ¿Le interesa cuidar su aspecto físico?
- 47- ¿Participa activamente de las redes sociales?
- 48- ¿Se interesa por acontecimientos sociales, como la política o la economía?