



Historia Ambiental

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

- 1) Cual estilo/tipo es su casa?
 Casa particular Casa condominio/departamento Casa móvil Otro _____
- 2) ¿Hace cuanto se construyó su casa? _____
- 3) ¿Hay daño por agua en su casa? _____
- 4) ¿Qué tipo de piso hay en el cuarto familiar? _____
- 5) ¿Qué tipo de piso hay en su dormitorio? _____
- 6) ¿Qué tipo de calefacción tiene en su casa?
 gas eléctrica de aceite queroseno bomba de calefacción
- 7) ¿Qué tipo de enfriamiento tiene su casa?
 aire central unidad por ventana ventiladores de techo bomba de calefacción
- 8) ¿Qué tipo de mascotas tiene usted dentro de su casa? _____
- 9) ¿Qué tipo de mascotas tiene usted fuera de su casa? _____
- 10) ¿Se permiten las mascotas dentro de su dormitorio? Si No
- 11) ¿Se encuentran cucarachas dentro de su casa? Si No
- 12) ¿Su cama esta elevada por lo menos 2 pies sobre el piso? Si No
- 13) ¿Se utiliza protectores plásticos sobre su colchón de cama? Si No
- 14) ¿Se utiliza protectores plásticos sobre sus almohadas? Si No
- 15) ¿Está expuesto a la contaminación de humo/tabaco en su casa?
 Si – tipo: vapeo cigarrillo electrónico cigarrillo normal pipa
 No
- 16) ¿Está expuesto a la contaminación de humo/tabaco en su carro?
 Si – tipo: vapeo cigarrillo electrónico cigarrillo normal pipa
 No
- 17) Si es adulto, ¿Cuál es su título de trabajo? _____
 Si es niño, ¿atiende la escuela o guardería? Si: grado _____ No
- 18) Si es adulto, ¿Cuáles son sus responsabilidades de trabajo? _____
- 19) Si es adulto ¿está expuesto a químicos, polvo o humo en su trabajo? Si No
- 20) ¿Tiene algún pasatiempo que se expone a químicos, polvo o humo? Si No
- 21) ¿Se usa un filtro tipo HEPA en su casa? Si No
- 22) ¿Su casa está cerca de una zona industrial o autopista? Si No

USO DE TABACO:

Fumador/Vapeador: Si No
 ¿Fecha que empezó? _____
 ¿Fecha que renuncio? _____

Tipo: _____
 ¿Cuántos paquetes por día? _____
 Años fumando: _____ paquetes/año: _____