

CUESTIONARIO DE SALUD (RIÑÓN)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO DE ÁREA: _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

SEXO : MASCULINO: FEMENINO: ¿NACÍÓ USTED EN ESTADO UNIDOS? SI: NO:

PAÍS DE CIUDADANÍA : _____

IDIOMA (S) QUE HABLA: _____

¿CUANDO VINO A LOS ESTADOS UNIDOS? MES: _____ DÍA: _____ AÑO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO: CASADO : DIVORCIADO: SEPARADO: VIUDO:

NOMBRE DE SU CÓNYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNYUGE: _____ / _____ / _____

NÚMERO DE HIJOS : _____ EDADES DE SUS HIJOS _____

OCUPACIÓN : _____ EMPLEADOR: _____

CAUSA DEL FALLO RENAL : _____ DÍA QUE SE LE DIAGNOSTICO: _____

CENTRO DE DIÁLISIS: _____ DÍA QUE EMPEZÓ DIÁLISIS: _____