

**SECRETARÍA DE SALUD DE COAHUILA  
ENCUESTA DEL PACIENTE SOBRE HIDROARSENICISMO CRÓNICO**

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Lugar de Nac. \_\_\_\_\_  
 SEXO: Masculino:  Femenino:  Edad: \_\_\_\_\_ años Derechohabencia: IMSS:  ISSSTE:  Secretaría de Salud:  Ninguna:  Otra:   
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Temp °C: \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO ACTUAL:**  
 Entidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO ANTERIOR:** Años vividos en localidad actual: \_\_\_\_\_  
 Entidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
 Años vividos en localidad anterior: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

SEXO: Primaria:  Secundaria:  Preparatoria:  Carrera técnica:  Profesional:  Posgrado:  Sin escolaridad:   
 Fuente de agua de consumo: Red de agua potable:  Agua embotellada o garrafón:  Pozo local:  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Cocina alimentos con agua de la red? Si:  No:

**ANTECEDENTES PERSONALES**

<b>Dermatológicos</b>	Hiperqueratosis palmo/plantar. (indicar cual) SI / NO	Tiempo (años):
	Hiperqueratosis en tronco SI / NO	Tiempo (años):
	Estrías blancas en uñas SI / NO	Tiempo (años):
	Pigmentación "en gotas de lluvia" SI / NO	Tiempo (años):

<b>Metabólicos</b>	Diabetes SI / NO	Tiempo (años):
	Dislipidemias SI / NO	Tiempo (años):
	Alteraciones en tiroides SI / NO	Tiempo (años):
	Otra: SI / NO	Tiempo (años):

<b>Aparato Respiratorio</b>	Neumonía SI / NO	Tiempo (años):
	Tos crónica (≥ 3 meses) SI / NO	
	Ca. de pulmón SI / NO	Tiempo (años):
	Otra: SI / NO	Tiempo (años):

<b>Genito-urinario</b>	Alteraciones gineco-obstétricas SI / NO	Tiempo (años):
	Dificultad para tener hijos SI / NO	Tiempo (años):
	Ca. de Próstata SI / NO	Tiempo (años):
	Ca. de Vejiga SI / NO	Tiempo (años):

<b>Generales</b>	Alt. de pequeños vasos SI / NO	Tiempo (años):
	¿Diagnóstico previo de Hidroarsenicismo? SI / NO	Tiempo (años):
	Diarrea > 4 veces al año SI / NO	

Datos de Hipertensión Portal SI / NO	Tiempo (años):
Hipertensión Arterial SI / NO	Tiempo (años):
Otros: SI / NO	Tiempo (años):