

**SCREAMINK tattoo shop**

Calle 10 entre 5ª y 10ª Av. Col centro

Playa del Carmen, Quintana Roo. México.

Tel: + 52 (984) 879-40-15

**CUESTIONARIO**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENERO: Fem. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Masc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.- Le han practicado algun tatuaje, perforacion o micro-pigmentacion? ( SI ) ( NO )

2.- Le han realizado algun procedimeinto dental ( endodoncia ) ( SI ) ( NO )

3.- Le han realizado alguna transfusion sanguinea en los ultimos 6 meses? ( SI ) ( NO )

4.- Tiene Usted antecedentes de enfermedad como;

Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cicatriz Queloide \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hipertension \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hemofilia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Tiene Usted antecedentes de enfermedades como:

Hepatitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gonorrea \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sifilis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chancro \_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.- Padece Usted alergia a: sustancias \_\_\_\_\_\_\_ alimentos \_\_\_\_\_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anestesicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- Actualmente toma algun medicamento? ( SI ) ( NO ) cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.- Consume Usted alguna droga? ( SI ) ( NO )

9.- Le han realizado alguna intervencion quirurgica en los ultimos seis meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.- Ha tomado alimento en las ultimas 4 horas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.- Ha ingerido bebidas alcoholicas en las ultimas 8 horas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.- Esta embarazada o en periodo de lactancia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_