



RESOLVER ENCUESTA

Al descargar, responder y/o enviar el siguiente documento se estarán aceptando nuestros Términos y condiciones para uso de información de carácter personal, con base a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Abril 2016

La siguiente encuesta permitirá que en el Instituto Mexicano del Tórax médicos especialistas conozcan con detalle tu condición médica. Este documento junto con la clasificación de tu hiperhidrosis y estudios clínicos se determine si eres candidato a valoración presencial.

Encuesta clínica integral de hiperhidrosis. Por favor responde las siguientes preguntas sobre los espacios en blanco con letra molde.

Nombre completo
Edad
Sexo
Nivel de estudios
Actividad laboral o profesión actual
Sitio de hiperhidrosis (escala de 1-10, muy intenso 10 y poco intenso 1, nada 0) completar según intensidad de sudoración (1-10)
Manos____ Axila____ Pies____
Sudoración de cabeza (cuero cabelludo o cara)
Sí____ No____
Ruborización facial
Sí____ No____
¿Desde cuándo padece hiperhidrosis?
Lo ha relacionado con algún evento emocional o traumático
¿Cómo inicio la sudoración excesiva?



RESOLVER ENCUESTA

Al descargar, responder y/o enviar el siguiente documento se estarán aceptando nuestros Términos y condiciones para uso de información de carácter personal, con base a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Abril 2016

Tipo de tratamientos previos por médicos o profesionales	
Tipo de médico con quien acudió o especialidad	
Acudió a ayuda psicológica o psiquiátrica	
Sí____ No____	
Tuvo éxito su tratamiento aplicado	
Sí ____ No ____	
Estudios de laboratorio o gabinete realizados para estudio de sudoración excesiva, cuáles y cuándo. Anotar resultados o interpretación.	
Antecedentes de familiares con sudoración igual o parecida a la que presenta (papá, mamá, hermanos, primos, hijos etcétera)	
Antecedentes personales: tabaquismo	
Sí ____ No____	
Cuántos al día y por cuánto tiempo	
Etilismo	
Sí ____ No ____	
Cuánto al día y por cuánto tiempo	
Estado Civil	
Casado	Soltero



RESOLVER ENCUESTA

Al descargar, responder y/o enviar el siguiente documento se estarán aceptando nuestros Términos y condiciones para uso de información de carácter personal, con base a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Abril 2016

Sí ____ No ____	Sí ____ No ____
Hijos	
Cuántos y qué edades	
Algún hijo con hiperhidrosis	
Sí ____ No ____	
Cirugías previas	
No ____ Sí ____	
Qué tipo y fechas	
Enfermedades, tipo y medicamentos actuales	
¿Padece de hipertensión, diabetes, crisis convulsivas, hepatitis, padecimiento crónico o infeccioso? Favor de describir cuál.	
Describa en forma resumida como le afecta el grado de sudoración excesiva en cada uno de los sitios en que lo presenta y las limitaciones que tiene en su vida cotidiana.	
¿Qué espera de nosotros?	

Una vez que hayas terminado de contestar la encuesta, revisa la información proporcionada y envía este documento junto con la Clasificación de hiperhidrosis y estudios de laboratorio (sólo la interpretación médica) a drpadilla@institutomexicanodeltorax.org y nos pondremos en contacto contigo a la brevedad.