

V. Otros miembros que dependan económicamente de la Familia.

VI. Enfermedad Crónica en la Familia Si () No () ¿Cuál? _____

Consumo de Alcohol Si () No () Frecuencia _____

Consumo de Tabaco (sustancias Tóxicas) Si () No () Frecuencia _____

VII. Características de la Vivienda

Casa: Propia _____ Rentada _____ \$ _____ Prestada _____ Compartida _____ Por ¿Quiénes? _____

Paredes: Piedra _____ Ladrillo _____ Tabique _____ Adobe _____ Cantera _____ Madera _____ Cartón _____ Carrizo _____ Otro _____

Techo: Concreto _____ Teja _____ Lámina Galv. _____ Asbesto _____ Fierro _____ Palma _____ Cartón _____ Lona _____ Otros _____

Piso: Concreto _____ Loseta _____ Piedra _____ Tierra _____ Madera _____ Otros _____

Puertas/Ventanas: Fierro _____ Herreria _____ Vidrio _____ Madera _____ Cartón _____ Otros _____

Cuartos para Dormir _____ ¿Tiene cocina? Si () No () ¿Se le da otro uso? _____

Sala _____ Corral _____ Cochera _____ Patio _____ Granero _____ Corral _____ Otro _____

Vehículo Si () No () Marca _____ Modelo _____

VIII. Hábitos y Consumo de Alimentos

¿Incluye en su dieta? Leche _____ Res _____ Pollo _____ Pescado _____ Embutidos _____ Frutas _____ Verduras _____

Leguminosas _____ Café _____ Té _____ Pan de Dulce _____ Frituras _____ Galletas _____ Refresco _____ Jugos Embotellados _____

Observaciones

Elaboró

Nombre y Firma del paciente