

Cuestionario de exposición a toxinas

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Marque la mejor respuesta para cada una de las siguientes preguntas. Su proveedor analizará las respuestas con usted.

Alimentos y agua				
1.	¿Consume frutas y vegetales cultivados tradicionalmente (no orgánicos) o modificados genéticamente?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
2.	¿Consume productos de animales criados tradicionalmente (no orgánicos) (es decir, carne, aves de corral, lácteos, huevos)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
3.	¿Consume pescado y mariscos enlatados o de criadero?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
4.	¿Consume alimentos procesados (es decir, alimentos con colores, sabores, conservantes o endulzantes artificiales), alimentos refritos o comida rápida?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
5.	¿Bebe agua de un pozo, manantial o cisterna, o de cañerías o accesorios de fontanería instalados antes de 1986?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
6.	¿Bebe refrescos, jugos u otras bebidas con endulzantes naturales o refinados (es decir, jarabe de maíz con alto contenido de fructosa, azúcar de caña, miel de agave, estevia, jugo de fruta concentrado, etc.) o endulzantes artificiales (es decir, Equal®/aspartamo, Sweet'N Low®/sacarina, Splenda®/sucralosa, Sunett®/Sweet One®/acesulfame K, neotame)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No

Hogar y ambiente laboral				
1.	¿Vive en un apartamento o casa construido antes de 1978 o en una casa rodante, un barco o un vehículo recreativo (RV)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
2.	¿Su casa o su lugar de trabajo contiene materiales de construcción o muebles nuevos (es decir, pintura, pisos laminados, madera aglomerada, alfombras nuevas, ropa de cama, muebles, etc.)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
3.	¿Su casa o su lugar de trabajo tiene signos de moho o daño provocado por agua (es decir, pintura descascarada, goteras en el techo, aislamiento o espuma deteriorados, moho visible o ventanas, sótano o espacios entre plantas con humedad, etc.)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
4.	¿Está expuesto a sustancias tóxicas (es decir, madera tratada, pintura con plomo, partículas o polvo de pintura, termómetros de mercurio o lámparas fluorescentes rotos, etc.) en su casa o en el trabajo?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
5.	¿Está expuesto a productos químicos de limpieza tradicionales, desinfectantes, desinfectantes para manos, aromatizadores, velas perfumadas u otros productos perfumados en su casa o en el trabajo?			
	Sí	A veces	En el pasado	No
6.	¿Vive o trabaja cerca de una fuente de contaminación industrial (es decir, carretera, fábrica, incinerador, estación de servicio, central eléctrica, etc.)?			
	Sí	A veces	En el pasado	No

Hogar y ambiente laboral (cont.)			
7.	¿Vive o trabaja cerca de una fuente de radiación electromagnética (es decir, torre de telefonía celular, cables de alta tensión u otra fuente conocida)?	Sí	A veces
		En el pasado	No
8.	¿Vive o trabaja en un área agrícola o en otro tipo de área en la que esté expuesto a herbicidas, plaguicidas o fungicidas?	Sí	A veces
		En el pasado	No
9.	¿Tiene cocinas o aparatos a leña, propano o gas en su casa o en el trabajo?	Sí	A veces
		En el pasado	No
10.	¿Vive o trabaja en un edificio sellado con recirculación de aire?	Sí	A veces
		En el pasado	No

Viajes y recreación			
1.	¿Frecuenta parques, canchas de golf u otras áreas recreativas o al aire libre tratadas con herbicidas, plaguicidas o fungicidas?	Sí	A veces
		En el pasado	No
2.	¿Viaja por vía aérea?	Sí	A veces
		En el pasado	No
3.	¿Corre o va en bicicleta al trabajo por calles con mucho movimiento?	Sí	A veces
		En el pasado	No
4.	¿Se enferma cuando acampa, hace excursionismo o viaja (al exterior o dentro del país)?	Sí	A veces
		En el pasado	No
5.	¿Está expuesto a productos químicos tóxicos como resultado de un pasamiento (es decir, pinturas, productos químicos para revelar fotos, adhesivos con epoxi, pegamentos, barnices, etc.)?	Sí	A veces
		En el pasado	No

Cuidado personal y médico			
1.	¿Es sensible a productos de cuidado personal, como lociones, cremas humectantes, tónicos, champús, acondicionadores, cremas de afeitar y jabones?	Sí	A veces
		En el pasado	No
2.	¿Es sensible al humo, los perfumes, las fragancias, los productos de limpieza, la gasolina u otros gases?	Sí	A veces
		En el pasado	No
3.	¿Fuma o suele estar expuesto a humo de tabaco en el ambiente?	Sí	A veces
		En el pasado	No
4.	¿Tiene antecedentes de consumo de alcohol o fármacos recreativos o recetados en exceso?	Sí	A veces
		En el pasado	No
5.	¿Tiene reacciones fuera de lo normal a la anestesia o a medicamentos de venta libre o con receta?	Sí	A veces
		En el pasado	No
6.	¿Tiene tratamientos de conducto, dientes extraídos, empastes de «plata», coronas, selladores dentales, dentaduras postizas, retenedores, placas alineadoras, aparatos de ortodoncia, protectores bucales, implantes dentales, etc.?	Sí	A veces
		En el pasado	No
7.	¿Tiene reacciones, sensibilidades o intolerancias a los alimentos?	Sí	A veces
		En el pasado	No
8.	¿Tiene alergias ambientales?	Sí	A veces
		En el pasado	No
9.	¿Tiene algún material artificial en el cuerpo (implantes, clavos, articulaciones, etc.)?	Sí	A veces
		En el pasado	No
10.	¿Tiene un estilo de vida con un alto nivel de estrés o ha experimentado un evento estresante o traumático?	Sí	A veces
		En el pasado	No

Nota: Para obtener más información sobre las preguntas incluidas, consulte el [bibliografía para el cuestionario de exposición a toxinas \(Toxin Exposure Questionnaire—Bibliography\)](#) en el conjunto de herramientas de práctica clínica del IFM.