***Cuestionario***

1. ***Cigarrillos :***

Consignar si consume y si es así especificar la cantidad diaria mensual.

 Además; se debe señalar hace cuánto tiempo tiene el habito

 En caso que haya dejado de consumir detallar hace cuánto tiempo.

1. ***Droga*s :**

Consignar si consume y si es así especificar la cantidad diaria mensual.

 Además; se debe señalar hace cuánto tiempo tiene el habito

 En caso que haya dejado de consumir detallar hace cuánto tiempo

1. ***Alcohol:***

Consignar si consume, si es así que tipo y especificar la cantidad diaria o mensual. Además, se debe señalar hace cuánto tiempo tiene el hábito.

1. ***Ambiente calefaccionado o aire acondicicionado:***

Especificar si la personas está expuesta a ambientes con aire calefaccionado o acondicionado.

1. ***Café* :**
2. Consignar si consume, si es así especificar la cantidad diaria de tazas*.*
3. ***Ingesta de líquidos:***

Consignar si consume y si es así especificar qué tipo de líquidos consume y cuanta cantidad diaria.

1. ***Sensación de Bruxismo :***

Consignar si hay presión de dientes durante el día o la noche o si le ha sido diagnosticado bruxismo, si es así especificar si utiliza plano de relajación.

1. ***Stress:***

Consignar si hay evidencias o molestias producidas pos stress (insomnio, irritabilidad, somnolencia, depresión, perdida o aumento de peso sensación de fatiga, agobio.

1. ***Percepción General de la Tonicidad:***

Si se considera una persona tensa, relajada o normal. Además se debe observar si se encuentra el tono de la musculatura, *Adecuada, Aumentada o Disminuida.*

1. ***Acidez:***

Sensación urgente dolorosa que se presenta en el esófago y se irradia hacia el cuello o garganta.

(¿Usted usualmente de acidez?

1. ***Nota que le atribuye a su voz*** :

Se debe preguntar a sí mismo que ***nota le atribuye a su voz del 1 AL*** 7