USO DE PLANTAS MEDICINALES EN FARMACIA

EDAD:	☐ < 20	☐ 20-50	☐ 50-70	☐ >70
SEXO:	☐ HOMBRE	☐ MUJER		
NIVEL DE ESTUDIOS:	☐ BÁSICOS	☐ SUPERIORES	☐ INTERMEDIOS	

➢ **¿PADECE USTED ALGUN PROBLEMA DE SALUD?**

☐ HIPERTENSIÓN ARTERIAL
☐ DIABETES
☐ COLESTEROL ALTO
☐ OBESIDAD
☐ ENFERMEDAD RESPIRATORIA
☐ PROBLEMAS DE TIROIDES
☐ DEPRESIÓN
☐ INSOMNIO
☐ ESTREÑIMIENTO
☐ ARTROSIS

OTRAS: _____

➢ **¿CONSUME O HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ PLANTAS MEDICINALES?** SI ☐ NO ☐
¿CON QUÉ FRECUENCIA? ☐ DIARIAMENTE ☐ SEMANALMENTE ☐ OCASIONALMENTE
PLANTA MEDICINAL O NOMBRE DEL PREPARADO: _____

➢ **¿A QUIÉN PIDE CONSEJO ACERCA DEL USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES?**

☐ A NADIE, LAS TOMA POR SU CUENTA
☐ MÉDICO
☐ FARMACÉUTICO
☐ PERSONAL DE HERBORISTERIA / SUPERMERCADO
☐ OTROS (INTERNET, AMIGOS..)

➢ **¿DÓNDE ADQUIERE NORMALMENTE LAS PLANTAS MEDICINALES QUE CONSUME?**

☐ FARMACIA
☐ PARAFARMACIA
☐ HERBORISTERIAS
☐ SUPERMERCADOS
☐ INTERNET

➢ **¿POR QUÉ EMPEZÓ A USAR PLANTAS MEDICINALES?**

☐ PARA TRATAR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD MENOR
☐ POR FALTA DE EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO
☐ PARA TRATAR UN EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO
☐ OTRAS CAUSAS:_____

➢ **¿LE ES EFICAZ EL TRATAMIENTO A BASE DE PLANTAS MEDICINALES?** ☐ SI ☐ NO ☐ REGULAR

➢ **¿HA NOTADO ALGUNA VEZ UN EFECTO ADVERSO O ALERGIA AL CONSUMIR PLANTAS MEDICINALES? ¿CUÁL/ES?** ☐ SI _____ ☐ NO

➢ **¿CONSUME OTROS MEDICAMENTOS ADEMÁS DE LAS PLANTAS MEDICINALES? ¿CUÁL/ES?**
☐ SI ☐ NO

_____ _____

_____ _____

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!!