## H\_V\_ nº:

##

 Bienvenido/a a la ESCUELA NATURAL …, muchas gracias por confiarnos en ayudarlo/a para que recupere su bienestar.

* La **misión** de la ESCUELA y la mía propia es ENSEÑARTE, a todos Uds. gente maravillosa, eso que está oculto en el exceso de información.
* ENSEÑARTE a VIVENCIAR que el BIENESTAR, la salud es un estilo de vida.
* ENSEÑARTE a sentir que tienes el poder de tu interior, que sois tu propio rey, tu propia reina.
* ENSEÑARTE a vivenciar que NATURALMENTE puedes AYUDARTE a recuperar tu BIENESTAR, a sostener tu salud, a mejorar tu salud corporal, mental y energética.
* Y deseo ENSEÑARTE el cómo puedes ayudarte de manera natural e integral, porque es el cambio que anhelo ver en esta sociedad. Es que la sociedad se construye en el cambio individual, singular.

Porque mi **visión** es que todos disfrutemos de lo maravilloso que es SENTIR la VIDA. Darnos cuenta de que no somos los que hacemos la vida, la vida es, aceptar que las cosas suceden así o de otra manera, esto nos permite cambiar. Las cosas y la vida simplemente son. Darnos cuenta nos permite sentir y vivir el cómo es, SIMPLE. La vida es simple

Por favor tómese 30 minutos y con tranquilidad podrá completar, sobre las casillas de color gris, su historia de vida, de salud y enfermedad, así como los antecedentes y comportamientos del motivo de consulta o la enfermedad por la cual nos solicita ayuda.

De esta manera podremos enseñarle a comprender la fisiología y biología de la enfermedad o disfunción que esta en Ud. y así trabajar para guiarlo en restablecer su salud.

Estamos acostumbrados a sesiones de consulta, terapéuticas y otras. En este encuentro la propuesta es en una escuela abierta, de comunicación en ida y vuelta, que las he denominado “charlas de bar”. Prepárese para aprender, cada clase, en una amena charla de bar para sorprenderse en cada diálogo, para descubrirse en su historia y más importante aún, en su actual camino como estilo de vida.

 Si tiene alguna duda, con toda confianza pregunte a Marisa (secretaria) que ella le ayudará en lo que necesita.

 Si no le incumbe a la secretaria, al momento de iniciar, nuestra charla de bar, durante nuestro diálogo, podrá entonces preguntarme todo lo que desee.

 Nos vemos pronto…




## FECHA:

**DATOS PERSONALES:**

 Apellido y Nombre:       CUIT/CUIL:

 Fecha de nacimiento:       Edad:       Sexo F [ ]  - M [ ]  Peso:       Kg.

 Grupo sanguíneo: 0 [ ]  - A [ ]  - B [ ]  - AB [ ]  Factor: (+)[ ]  - (-)[ ]

 Estado civil       ¿Cuántos hijos tiene?       ¿Cuántos hermanos tiene?

Domicilio particular: Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfono (y código de área):

E- MAIL:

Localidad:       Provincia:       CP:

1. **DATOS LABORALES**

Ocupación:       Domicilio Laboral: Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad:       Provincia:Haga clic aquí para escribir texto.       C.P.

Teléfono       Horario de trabajo:

**3. DATOS de CONSULTA**

 **Recomendado por**       Teléfono

**Por favor explique el motivo de su consulta:**

**¿Cuál ha sido la última enfermedad y/u operación y/o tratamiento que le realizaron antes de la aparición de su problema actual? (en cualquier lugar de su cuerpo, físico, psíquico o emocional.)**

**¿Cómo fue su nacimiento? NO el de su/s hijo/s.**

**Fue: por parto** natural [ ]  – por fórceps [ ]  – o por cesárea [ ]

**¿Qué operaciones tuvo?:**

**¿Dónde tiene cicatrices y heridas?**

**¿Qué medicamentos está tomando?**

**¿Qué otras enfermedades tienes, además de las descriptas en su motivo de consulta?**

 ANTECEDENTES de SALUD y ENFERMEDAD

**Por favor marque con una cruz la opción que corresponda y agregue todos los comentarios que crea necesario. También puede utilizar los términos “SI” – “NO” – “NO SE”**

 **SI NO**

*Su información es absolutamente confidencial*

[ ]  [ ]  -¿Tiene algún diente o muela sensible?

[ ]  [ ]  -¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?

[ ]  [ ]  -¿Le sangran las encías espontáneamente?

 **SI - NO - NO SE**

¿Rechina o frota los dientes cuando duerme? ------------------------------------------ [ ]  [ ]  [ ]

¿Alguna persona lo/la escucha rechinar los dientes cuando Ud. duerme?------ [ ]  [ ]  [ ]

¿Al despertar, frecuentemente siente que ha estado apretando sus dientes?- [ ]  [ ]  [ ] Cuando despierta ¿frecuentemente siente dolor o fatiga en su mandíbula?-- [ ]  [ ]  [ ]

 Cuando se despierta ¿frecuentemente tiene la sensación de que sus

dientes están flojos? ------------------------------------------------------------------------ [ ]  [ ]  [ ]

Cuando se despierta ¿con frecuencia siente doloridos sus dientes y/o

encías?-------------------------------------------------------------------------------------------- [ ]  [ ]  [ ]

Cuando se despierta ¿con frecuencia tiene dolor de cabeza en el área

de la sien? --------------------------------------------------------------------------------------- [ ]  [ ]  [ ] Cuando se despierta ¿con frecuencia tiene la mandíbula trabada? ----------- [ ]  [ ]  [ ]

¿Se ha encontrado apretando sus dientes durante el día? ----------------------- [ ]  [ ]  [ ]

¿Se ha encontrado rechinando o frotando sus dientes durante el día? -------- [ ]  [ ]  [ ]

¿cuántas veces por día va de cuerpo? o ¿cada cuántos días va de cuerpo?

(11)

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Le da trabajo abrir su boca?

 -Si le da trabajo abrir su boca: ¿por qué?

[ ]  [ ]  - ¿Le duele la articulación de la mandíbula? derecha [ ]

 y/o izquierda [ ]

[ ]  [ ]  - ¿Le duele algún músculo de la cara o cabeza? -del lado derecho [ ]

 y/o izquierdo [ ]

[ ]  [ ]  -¿Le duele en otro lugar?

 -Por favor mencione dónde le duele:

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Se traba su boca / mandíbula?

 -Si se traba: ¿Cuándo? ¿en qué momento o situación?

[ ]  [ ]  -¿Suele tener dolor de oídos o en zonas vecinas al oído?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota UD. que está perdiendo la audición?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota UD. ruidos dentro de los oídos?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota sensación de oído tapado?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota zumbido en el oído?

 -Derecha [ ]  Izquierda [ ]

 -Permanente [ ]  Poco frecuente [ ]

-Si tiene zumbido: ¿en que momentos?

 -¿Cuánto tiempo hace que tiene el zumbido?

 -¿A qué supone Ud. se debe la presencia del zumbido?

-¿Le han realizado algún tratamiento por el zumbido y/o dolor de oído? ¿Cuál?

¿Qué medicación está tomando o ha tomado para tratar aquella enfermedad del oído?

 **SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Tiene con frecuencia **dolores de cuello**?

 - Si tiene dolor de cuello: ¿cuál es el momento de mayor intensidad?

¿Cuándo se levanta de dormir? [ ]

¿Cuándo se agacha? [ ]

¿Al medio día? [ ]

¿Cuándo termina el día? [ ]

¿Cuándo duerme? [ ]

**SI NO**

[ ]  [ ]  - ¿El dolor de cuello es permanente?

 -¿Cuántas veces por semana tiene dolor de cuello? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿toma algún medicamento para calmar el dolor de cuello?

 ¿Cuál?

Por favor marque la localización del dolor de cuello **cliqueando en las casillas** ubicadas en el sitio del dolor y así también poder marcar hacia donde se irradia el dolor, como UD. lo percibe y lo siente.

|  |
| --- |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| Escala de dolor: Por favor, cliquear en la casilla, el valor o percepción/expresión del **dolor de CUELLO** que UD. siente. |
|  |
| [ ] [ ] dolor eva eseci[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

 **SI NO**

[ ]  [ ]

¿Tiene con frecuencia **dolores de cabeza**?

 Si tiene dolor de cabeza: ¿cuál es el momento de mayor intensidad?

¿Cuándo se levanta de dormir? [ ]

¿Cuándo se agacha? [ ]

¿Al medio día? [ ]

¿Cuándo termina el día? [ ]

¿Cuándo duerme? [ ]

¿pre-menstrual? [ ]

[ ]  [ ]  - El dolor de cabeza es permanente

 -¿Cuántas veces por semana tiene dolor de cabeza?

[ ]  [ ]  -¿Toma algún medicamento para calmar el dolor de cabeza?

 ¿Cuál?

 Por favor marque la localización del dolor de cabeza **cliqueando en las casillas** ubicadas en el sitio del dolor y así también poder marcar hacia donde se irradia el dolor, como UD. lo percibe y lo siente.

|  |
| --- |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| Escala de dolor: Por favor, cliquear en la casilla, el valor o percepción/expresión del **dolor de CABEZA** que UD. siente. |
|  |
| [ ] [ ] dolor eva eseci[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

 **SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Le sale agua o moco de la nariz con frecuencia?

[ ]  [ ]  -¿Tiene **rinitis** crónica?

 -Si tiene rinitis y está en tratamiento: Haga clic aquí para escribir texto.

 -¿Qué medicación está tomando para la rinitis?

[ ]  [ ]  -¿Tiene **sinusitis** crónica?

 -Si tiene sinusitis y está en tratamiento:

 -¿Qué medicación está tomando para la sinusitis?

[ ]  [ ]  -¿Tiene **asma**?

 -Si tiene asma y está en tratamiento:

 -¿Qué medicación toma para el asma? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Tiene **alergia**?

 -Si tiene alergia: ¿a qué es alérgico/a?

 -¿Qué está tomando para la alergia?

**ANTECEDENTES SALUD - ENFERMEDAD**

¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

 **SI NO**

[ ]  [ ]  Psoriasis.

[ ]  [ ]  **F U M A**: cigarrillo o tabaco [ ]  - Marihuana [ ] - Otras ¿Cuál?

 ¿Cuántos fuma por día?

**SI NO**

[ ]  [ ]  Enfermedades Infecto contagiosas. Cual/es recuerda:

[ ]  [ ]  Hepatitis.

[ ]  [ ]  Artritis reumatoide.

[ ]  [ ]  Artrosis [ ]  - Osteoporosis [ ]  – Osteopenia [ ]

Si tiene artrosis u osteoporosis u osteopenia: ¿Cómo se lo diagnosticaron?

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Está siendo tratada/o por artrosis u osteoporosis u osteopenia?

 ¿Qué medicación toma para la artrosis u osteoporosis u osteopenia?

 ¿Cuánto tiempo hace que tiene artrosis u osteoporosis?

**SI NO**

[ ]  [ ]  **Convulsiones**.

[ ]  [ ]  ¿Actualmente tiene convulsiones?

[ ]  [ ]  ¿Está tomando alguna medicación para las convulsiones?

 ¿Que medicamento/s toma para las convulsiones?

 ¿Cuánto tiempo hace que toma el medicamento?

[ ]  [ ]  Fiebre reumática (reuma infeccioso).

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad del corazón - ¿Cuál?

[ ]  [ ]  Presión arterial elevada.

[ ]  [ ]  Presión arterial baja.

[ ]  [ ]  ¿Está tomando algún/os medicamento/s para el corazón?

Por favor nombre los medicamentos y la dosis que toma por día:

**SI NO**

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad de Hígado

[ ]  [ ]  ¿Está operado de Apéndice?

[ ]  [ ]  ¿Está operado de vesícula?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna otra operación? ¿Cuál/es?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Piel?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Páncreas?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Estómago?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Intestino?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Sistema nervioso?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Vejiga?

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: próstata?

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad de: testículos? [ ]  - Pene? [ ]

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Riñón? – Derecho [ ]  - Izquierdo [ ]

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Ovarios? [ ]  - Trompa [ ]  - Útero [ ]

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad de: Pulmón? – Derecho [ ]  - Izquierdo [ ]

[ ]  [ ]  ¿Tiene alguna enfermedad metabólica?

[ ]  [ ]  Diabetes [ ]  - Hipotiroidismo [ ]  – Hipertiroidismo [ ]

¿Cuánto tiempo hace que tiene esa enfermedad?

¿Qué medicación toma y cuál es la dosis diaria?

[ ]  [ ]  **Tiene alguna/s otra/s enfermedad/es? ¿cuál/es?**

[ ]  [ ]  ¿Está embarazada? ¿Qué mes está cursando?

**Esta o ha estado en tratamiento:**

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Psicológico?

[ ]  [ ]  ¿Está en tratamiento psicológico en este momento?

[ ]  [ ]  ¿Psiquiátrico?

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Está en tratamiento psiquiátrico en este momento?

[ ]  [ ]  **¿Ha tenido depresión nerviosa?**

[ ]  [ ]  ¿Está con depresión en este momento?

¿Qué medicación está tomando para la depresión y cuál es la dosis diaria?

Si en este momento NO tiene depresión:

¿Cuánto tiempo hace que tuvo depresión?

¿Tomó alguna medicación? ¿Cuál?

SI NO

[ ]  [ ]  **¿Le han salido ronchas o erupciones cutáneas?**

¿Por qué le salieron ronchas o erupciones en la piel?

¿En qué áreas del cuerpo le salieron las erupciones?

[ ]  [ ]  **¿Ha experimentado reacciones alérgicas a algún medicamento?**

¿A qué medicamento/s?

[ ]  [ ]  ¿**Toma anticonceptivos**? ¿tiene un DIU metálico [ ]  u hormonal [ ]  ?

u ¿otro método anticonceptivo? [ ]  ¿Cuál?

 ¿Hace cuánto tiempo que está tomando anticonceptivos?

¿Por qué está tomando anticonceptivos?

 Por anticoncepción [ ]  **-** Por otros motivos [ ]

Por favor, mencione porque motivos:

[ ]  [ ]  ¿**Alguna vez tomó** anticonceptivos?

¿Por cuánto tiempo estuvo tomando anticonceptivos?

¿Cuánto hace que dejo de tomar anticonceptivos?

¿Por qué motivo/s tomó anticonceptivos? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  ¿Algún medicamento le produce trastornos gastrointestinales?

 **SI NO** **Ha sentido alguna vez**:

[ ]  [ ]  Mucha angustia.

[ ]  [ ]  Cansancio y/o desgano exagerado.

[ ]  [ ]  Sentimiento de inferioridad.

[ ]  [ ]  Pérdida de apetito.

[ ]  [ ]  Trastornos del sueño (insomnio, interrupciones del sueño,

 sueño poco reparador) duerme, pero se levanta cansada

 ¿Por cuánto tiempo ha sentido alguno o más de los síntomas anteriores?

 **Si No Ha tenido en alguna oportunidad:**

[ ]  [ ]  **Excesiva tensión muscular** Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Taquicardia**

[ ]  [ ]  **Gastritis……………………………………………………**

[ ]  [ ]  **Diarrea…………………………………………………….**

[ ]  [ ]  **Mareos……………………………………………………**

[ ]  [ ]  **Sudoración……………………………………………….**

[ ]  [ ]  **Colon irritable…………………………………………….**

**¿Ante qué situaciones? ¿Con qué frecuencias?**

**Al realizar sus actividades se definiría como una persona:**

**Sí No**

[ ]  [ ]  Poco organizada.

[ ]  [ ]  Detallista y/o perfeccionista.

[ ]  [ ]  Con facilidad para delegar tareas en otras personas.

[ ]  [ ]  Muy exigente consigo mismo.

[ ]  [ ]  Con sentimientos de culpa al no poder cumplir con alguna de sus

 obligaciones. **(17)**

 **SI NO En su vida cotidiana:**

 [ ]  [ ]  ¿Le duelen las piernas con frecuencia?

 ¿A qué atribuye su dolor de piernas?

**SI NO**  **Cuando duerme:**

[ ]  [ ]  ¿Sueña con frecuencia? No importa si se acuerda o no, ni que sueña.

[ ]  [ ]  ¿Habla dormido con frecuencia?

[ ]  [ ]  ¿Duerme sólo/a?

[ ]  [ ]  ¿Cuándo se levanta por las mañanas su cama está desordenada?

[ ]  [ ]  ¿Se mueve mucho cuando duerme?

[ ]  [ ]  ¿Escucha ruidos mientras duerme?

[ ]  [ ]  ¿Lee en la cama cuando se va a dormir por las noches?

[ ]  [ ]  ¿Tiene una televisión en el dormitorio donde duerme?

[ ]  [ ]  ¿Por las mañanas le da mucho trabajo despertarse?

[ ]  [ ]  ¿Se levanta cansado/a, como si no hubiera dormido?

[ ]  [ ]  ¿Duerme siesta? ¿Cuánto tiempo?

[ ]  [ ]  Cuando se va a dormir: ¿siente ardor en el estómago o en el pecho

 y/o garganta? **(12)**

¿A qué hora se acuesta regularmente en su rutina laboral?

¿A qué hora se levanta de dormir regularmente?

**¿Bebe café, té, mate-cocido o mate-bombilla?**

SI [ ]  NO [ ]

¿Cuántas veces al día lo toma?

¿En qué momentos del día lo toma?

Desayuno [ ]  - Almuerzo [ ]  - Merienda [ ]  - Cena [ ]

Y/o en otros momentos [ ]  ¿Cuáles?

**¿Qué bebe en las comidas?**

[ ]  Agua. ¿cuántos vasos por día?       - [ ]  Soda.

[ ]  Gaseosa. ¿Cuál?

[ ]  Vino tinto - [ ]  Vino blanco.

[ ]  Jugo natural - [ ]  Jugos artificiales.

[ ]  Otras bebidas. ¿Cuáles? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO Para endulzar:**

[ ]  [ ]  ¿Utiliza azúcar?

[ ]  [ ]  ¿Utiliza edulcorantes?

[ ]  [ ]  ¿Come algo dulce frecuentemente, como postres y/o alguna

 golosina (NO FRUTA)?

 ¿Cuál?

 ¿En qué momentos?

**- Durante las comidas:**

 **SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Agrega sal a sus alimentos?

**¿Cuál es su comida importante del día?**

[ ]  Desayuno.

[ ]  Almuerzo.

[ ]  Merienda.

[ ]  Cena.

¿Por qué es importante esa comida que ha seleccionado en la columna de la izquierda? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Qué come generalmente en la **cena**?

**¿Qué lácteos consume con frecuencia?**

¿Cuantas veces por día?

¿En qué horarios?

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿**Consume verduras crudas**?

 ¿Cuántas veces a la semana?

[ ]  [ ]  ¿**Consume verduras cocidas**?

 ¿Cuáles? Por favor menciónelas:

[ ]  [ ]  ¿**Consume frutas**?

 ¿Cuántas veces a la semana?

 ¿Cuáles? Por favor menciónelas:

[ ]  [ ]  **¿Consume carnes?**

 ¿En el almuerzo? [ ]  - ¿En la cena? [ ]

 ¿Cuántas veces a la semana? 1[ ] – 2 [ ] – 3 [ ] – 4 [ ] – 5 [ ] – 6 [ ] – 7[ ]

 ¿Qué carnes? Pescado [ ]  – Vaca [ ] – Cerdo [ ] – Pollo [ ] – Otro: ¿cuál?

**Actividades extraordinarias a su trabajo/estudio**

Además de su trabajo/estudio:

¿Realiza otro estudio y/o trabajo? ¿Cuál?

¿Cuántas veces por semana?

¿En qué horarios realiza esta actividad?

¿**Qué actividad deportiva realiza**?

¿Cuántas veces por semana?

¿En qué horarios los realiza?

**Por favor indique cuál de los siguientes síntomas percibe en este momento:**

**SI NO**

[ ]  [ ]  **¿Siente dolor** [ ]  **y/o debilidad muscular** [ ]  **?**

[ ]  [ ]  **¿Se entumecen sus manos** [ ]  **o tiene temblores** [ ]  **?**

[ ]  [ ]  **¿Siente sus parpados hinchados o se los ve hinchados con frecuencia?**

[ ]  [ ]  **¿Se cae su cabello con frecuencia?**

[ ]  [ ]  **¿Tiene sensibilidad extrema al frío en su cuerpo? ¿Sufre mucho el frío en el cuerpo?**

[ ]  [ ]  **¿Estreñimiento?**

[ ]  [ ]  **¿Su voz se pone ronca con frecuencia?**

[ ]  [ ]  **¿Su menstruación es irregular? (8)**

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Está perdiendo peso corporal?

[ ]  [ ]  ¿Tiene mucho apetito o hambre?

[ ]  [ ]  ¿Le es dificultoso poder respirar?

[ ]  [ ]  ¿Se siente fatigado frecuentemente?

[ ]  [ ]  ¿Siente mucha intranquilidad?

[ ]  [ ]  ¿Frecuentemente se siente confundido/a?

[ ]  [ ]  ¿Tiene sensibilidad extrema al calor en su cuerpo? ¿Sufre mucho el calor en el

 cuerpo?

[ ]  [ ]  ¿Tiene palpitaciones con frecuencia?

[ ]  [ ]  ¿Se siente con debilidad muscular general?

[ ]  [ ]  ¿Se percibe ansioso/a?

 [ ]  [ ]  ¿Siente que ha cambiado emocionalmente? De optimista a pesimista.

 [ ]  [ ]  De alegre a triste. De valeroso a temeroso. **(11)**

[ ]  [ ]  ¿Ha disminuido su flujo menstrual?

[ ]  [ ]  ¿Está en período de menopausia?

¡Por favor!

 Escriba, sobre la casilla gris, toda otra situación que Ud. considere necesaria, por más insignificante que sea y que no haya podido expresar en la historia de vida y clínica que acaba de completar. (síntomas, angustia, miedo, operaciones, dolores, vacunas, cualquier suceso u episodio físico, emocional o psicológico que haya tenido o tiene).

**F e c h a :**

.........................................................................................................................

Firma del paciente, Padre / Madre o Tutor

Cuando concurra a su sesión de consulta, podrá Ud. firmar su historia de vida y clínica.

Aclaración de la firma

POR FAVOR, AHORA QUE HA COMPLETADO su **HISTORIA de VIDA, guárdela con su nombre y r**envíela al correo electrónico: luisgiam@gmail.com

¡muchas gracias!

¡lo estamos esperando!

 ¡cordial saludo!

Luis Augusto