

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre _____ Teléfono _____
 Email _____ ¿Podemos comunicar por email? SI NO
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____ Ocupación _____
 Fecha de nacimiento _____ ¿Adonde nació? _____
 Etnia _____ Sexo o pronombre preferido _____
 Estado personal: Soltera Casada Divorciada Viuda Tengo novio/a
 Contacto en caso de emergencia: _____ Tel.: _____
 Doctor Principal _____
 ¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Por favor indique cuales condiciones tiene:

- Marcapasos
- Ataques convulsivos
- Desorden de coagulación
- Desmayos
- Cree que o sabe que está embarazada
- VIH
- Hepatitis B/C
- Otro: _____

Queja principal	¿Afecta sus actividades a diario?	¿Qué lo alivia?
	SI NO	CALOR FRIO DESCANSO EJERCICIO
Queja secundaria	-----	-----
	SI NO	CALOR FRIO DESCANSO EJERCICIO

¿Ha visto algún medico por estas condiciones? S N

Por favor liste todos los medicamentos, suplementos, hierbas, y vitaminas que Ud. toma:

¿Ud. es alérgico a alguna comida, droga, o sustancia? S N Por favor liste:

HISTORIAL MEDICO PERSONAL (con fechas)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidentes o traumas | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón |
| <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Enfermedad venereal | <input type="checkbox"/> Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Mal de riñones | <input type="checkbox"/> Mal de hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Historia de abuso físico/emocional/sexual | <input type="checkbox"/> Enfermedades de niñez | |

Estatura _____ Peso actual _____ Peso máximo _____ ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha estado bajo restricción de dieta? S N Detalles: _____

¿Tiene suficiente energía para el día? SI NO A VECES

¿Tiene problemas (indique cual) durmiéndose/manteniéndose dormido? SI NO

¿Tiene problemas digestivos (estreñimiento, exceso de gases, etc)?

¿Cómo tiene el libido/deseo sexual? BAJO NORMAL ALTO

¿Siente su cuerpo más frío o caliente? FRIO CALIENTE NORMAL

¿Fuma? SI NO ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Cuántos cafés, tés, o sodas toma a la semana? _____

¿Cuánto alcohol bebe a la semana? _____

¿Cuántas veces hace ejercicio a la semana? _____

Estrés en trabajo _____ Estrés en casa _____