



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Formulario de historia médica

Este es un formulario sobre su historia médica que debe ser completado antes de su primera visita con el Doctor Funcional/Integrativo. Toda la información se mantendrá confidencial. Esta información será usada para su evaluación. El formulario es extenso pero por favor intente ser lo más preciso posible. Por favor tómese su tiempo e intente no dejar nada sin completar. Sus respuestas nos ayudarán a diseñar un plan individualizado y personalizado en relación a sus necesidades.

Si usted tiene alguna pregunta nosotros le ayudaremos a completar aquellas partes del formulario que no comprenda. Puede que le ayude hacer una lista con preguntas médicas a medida que va completando el formulario.

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



HISTORIA MÉDICA

Información general

Paciente:

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____

E-mail _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Médico de familia o Médico de atención primaria:

Doctor/Otro _____ Teléfono _____

Fecha del último chequeo médico: _____

Normal Abnormal Nunca no le hecho No lo recuerdo

Estado civil:

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Sexo:

Masculino Femenino

Lugar de empleo:

Ocupación _____

¿Cuál es su objetivo a la hora de consultar a un Doctor Funcional/Integrativo?

Determinar mi actual estado de salud y recibir recomendaciones para un plan individualizado.

Síntomas o condición de salud específica _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Cite algún problema medico NO citado en el cuadro anterior: _____

Medicación y Suplementos

Cite la medicación que ha estado tomando en el último año:

<u>Medicación</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Inicio</u>	<u>STOP</u>	<u>Cantidad diaria</u>

Suplementos nutricionales, Vitaminas, Hierbas, Remedios homeopáticos:

Alergia a medicamentos: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Alergia a algún alimento: _____

Responda solo si es MUJER:

- Problemas con el ciclo menstrual
- Está embarazada
- Problema significativo en el parto
- Problemas con el deseo sexual
- Incontinencia urinaria cuando tose, estornuda o ríe

Edad del primer ciclo menstrual _____

Fecha del último ciclo menstrual _____ Normal / Abundante/Regular/Irregular

Fecha de la última Mamografía _____ Normal / Abnormal

Se examina usted misma las mamas mensualmente: Si / No

Fecha del último Examen Pélvico y Papanicolau _____ Normal / Abnormal

Fecha del último Ultrasonido Pélvico _____ Normal / Abnormal

Enfermedades de transmisión sexual _____

Ha realizado una Desiometría Ósea Si / No Normal / Abnormal

Cuántas veces estuvo embarazada _____ Cuántos hijos tiene _____ Parto vaginal o Cesárea

Abortos: Si/ No Si contesta sí, cual fué la causa _____

Se ha sometido a una Histerectomía Si / No Los ovarios fueron substraídos? Si / No

Si ha respondido sí, cual fué la razón: _____

Comentarios:

Ha estado alguna vez con tratamiento hormonal incluyendo anticonceptivos Si / No

Si ha repondido que sí, que tipo y por cuánto tiempo _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Responda solo si es HOMBRE:

- Problemas con el deseo sexual y erecciones
- Problemas urinarios (se levanta por las noches)
- Disminución en el tono, fuerza y masa muscular
- Aumento de peso y del perímetro abdominal

Se examina periódicamente la próstata? Si / No

Cuando fué el último examen de la próstata? _____ Normal / Abnormal

Cuando fué la última vez que midieron su PSA en sangre _____ Normal / Abnormal

Se ha hecho alguna vez un Ultrasonido de Próstata Si / No Normal / Abnormal

Enfermedades de transmisión sexual _____

Se ha medido alguna vez los valores de Testosterona? Si / No Normal / Abnormal

Ha estado alguna vez con tratamiento hormonal Si / No

Si ha contestado sí, que tipo y por cuanto tiempo _____

Comentarios: _____

Screening tests

Colonoscopia Si / No Fecha: _____ Normal / Abnormal

Electrocardiograma? Si / No Fecha: _____ Normal / Abnormal

Cardiograma o Stress Test? Fecha: _____ Normal / Abnormal

Rayos-X. Que parte del cuerpo _____ Fecha: _____ Normal / Abnormal

Cite las operaciones o cirugías que ha tenido incluyendo las de cirugía plástica:

<u>Fecha</u>	<u>Tipo de cirugía</u>

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Historial médico familiar

Incluya padres, abuelos/as, tíos/as, hermanos/as

<u>Condición</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Parentesco</u>
Enfermedad del corazón			
Colesterol elevado			
Presión arterial elevada			
Diabetes			
Artritis			
Enfermedad hígado (cirrosis/hepatitis)			
Reflujo o Úlceras en el estómago			
Problemas digestivos (Colitis, Crohn)			
Problemas respiratorios (Asma)			
Enfermedades autoinmunes (Lupus)			
Problemas Endocrinos (Tiroides, Adrenal)			
Enfermedades neurológicas (Alzheimer, Parkinson, ACV, Demencia)			
Problemas psiquiátricos (Depresión, Ansiedad)			
Problemas de piel (Psoriasis, Eczema)			
Cáncer de mama			
Cáncer de próstata			
Cáncer de colon			
Cáncer de útero/ovario			
Otro tipo de cáncer			
Alteraciones genéticas			

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Historial médico

<u>Condición</u>	Si	No	<u>Condición</u>	Si	No
Dolor de cabeza (migraña)			Enfermedad del corazón		
Convulsiones			Dolor de pecho		
Sinusitis			Pulso irregular		
Alergia			Presión arterial alta		
Enfermedad psiquiátrica			Problemas de coagulación		
Depresión			Problemas de sangramiento		
Ansiedad/Estrés			Accidente Cerebro Vascular		
Asma			Estreñimiento/Diarrea		
Bronquitis crónica			Hepatitis o Enfermedad del hígado		
Problemas respiratorios			Enfermedad de riñón /Cálculos		
Reflújo			Alteración en los ciclos menstruales		
Úlceras de estómago			Problemas de fertilidad		
Enfermedad intestinal(Crohn,)			Problemas de próstata		
Problemas de piel			Problemas con el deseo sexual		
Dolor de espalda/ciática			Tendonitis/Problemas en el hombro		
Hernia de disco			Enfermedades crónicas		
Dolor de cuello			Parkinson/Alzheimer		
Dolor articulaciones/músculos			Osteoartritis		
Obesidad			Artritis reumatoide		
Fibromyalgia			Lupus/Sjogren's		
Diabetes			Cáncer (Tipo)		
Problemas con la Tiroides			Psoriasis o Eczema		
Osteoporosis/Osteopenia			Desequilibrio hormonal		

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

SÍNTOMAS GENERALES	0	1	2	3
DOLOR ABDOMINAL/PÉLVICO				
ACIDEZ/ REFLUJO GÁSTRICO				
ANSIEDAD				
ARTRITIS				
DOLOR DE ESPALDA/ARTICULACIONES				
HINCHIZON/GASES				
SANGRE EN ORINA O HECES				
MORETÓN/HEMATOMA FÁCIL				
DOLOR/PRESIÓN EN EL PECHO				
MANOS Y/O PIES FRÍOS				
ESTREÑIMIENTO/DIARREA				
DEPRESIÓN				
MAREOS				
EXCESIVA PREOCUPACIÓN				
FATIGA				
DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA				
PALPITACIONES				
ALTA/BAJA PRESIÓN ARTERIAL				
RONQUERA/DOLOR DE GARGANTA/SEQUEDAD DE BOCA				
AUMENTO/DISMINUCIÓN DEL APETITO				
AUMENTO/DISMINUCIÓN DEL PESO				
AUMENTO EN LA SUDORACIÓN/SUDORACIÓN NOCTURNA				
INSOMNIO				
PICAZÓN EN LA PIEL				
FALTA DE ENERGÍA				
FALTA DE AUTOESTIMA				
CAMBIOS DE HUMOR				
FATIGA POR LA MAÑANA				
NAUSEAS/VÓMITOS				
ENTUMECIMIENTO DE MANOS Y/O PIES				
AUMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL				
CAMBIOS DE PERSONALIDAD				
PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN				
MOVIMIENTOS INTESTINALES REGULARES				
PIERNAS INQUIETAS				
FALTA DE AIRE				
RONQUIDOS				
TEMBLORES/CONTRACCIONES				
SÍNTOMAS URINARIOS (FRECUENCIA/URGENCIA)				
VARICES				
CAMBIOS EN LA VISIÓN/AUDICIÓN				
DEBILIDAD				

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

SÍNTOMAS Y ESTILO DE VIDA EN EL HOMBRE				
SÍNTOMAS	NUNCA	LEVE	MODERADO	SEVERO
ACNÉ				
DÉFICIT DE ATENCIÓN				
UÑAS DÉBILES/QUEBRADIZAS				
DISFUNCIÓN ERÉCTIL				
DISMINUCIÓN DE FLEXIBILIDAD				
DISMINUCIÓN DEL APETITO SEXUAL				
DISMINUCIÓN EN LA AGUDEZA MENTAL				
DISMINUCIÓN EN EL TONO MUSCULAR				
DISMINUCIÓN DE LA ESTAMINA				
DISMINUCIÓN DEL FLUJO URINARIO				
AUMENTO DE LA URGENCIA URINARIA				
DOLOR AL ORINAR				
PÉRDIDA DE PELO				
CALORES/ENROJECIMIENTO/SOFOCOS				
AUMENTO DE URGENCIA URINARIA				
PROBLEMAS DE FERTILIDAD				
IRRITABILIDAD/AGRESIVIDAD				
FATIGA MENTAL/OLVIDOS				
NERVIOS				
GRASO/SECO EL PELO Y/O PIEL				
PIEL FINA/DÉBIL				
SENSIBILIDAD A LOS QUÍMICOS				
DOLOR MUSCULAR				
INFLAMACIÓN/EDEMA				

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

SÍNTOMAS Y ESTILO DE VIDA EN LA MUJER				
SÍNTOMAS	NUNCA	LEVE	MODERADO	SEVERO
ACNÉ				
DÉFICIT DE ATENCIÓN				
CAMBIOS EN EL SANGRADO				
UÑAS DÉBILES/QUEBRADIZAS				
DISMINUCIÓN DE FLEXIBILIDAD				
DISMINUCIÓN DEL APETITO SEXUAL				
DISMINUCIÓN EN LA AGUDEZA MENTAL				
DISMINUCIÓN DE LA ESTAMINA				
DEPRESIÓN				
PÉRDIDA DE PELO				
CALORES/SOFOCOS				
AUMENTO DE DOLOR				
AUMENTO DE PELO FACIAL Y EN EL CUERPO				
PROBLEMAS DE FERTILIDAD				
IRRITABILIDAD/AGRESIVIDAD				
FATIGA MENTAL/OLVIDOS				
NERVIOS/ANSIEDAD				
GRASO/SECO EL PELO Y/O PIEL				
MAMAS DOLORIDAS O SENSIBLES				
DOLOR DURANTE EL COITO				
DOLOR PÉLVICO				
ENVEJECIMIENTO ACELERADO/PIEL FINA				
SENSIBILIDAD A LOS QUÍMICOS				
DOLOR MUSCULAR				
ANTOJOS AZÚCAR/SALADO				
INFLAMACIÓN/EDEMA				
SÍNTOMAS URINARIOS (FRECUENCIA/FLUJO)				
SEQUEDAD VAGINAL				

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Hábitos personales:

Mi estado de salud es: Excelente Bueno Regular Malo

Mi nutrición es: Excelente Bueno Regular Malo

Mi estado físico es: Excelente Bueno Regular Malo

Mi nivel de estrés es: Alto/Medio/Bajo

Utiliza la meditación o alguna técnica para reducir el estrés? Si / No

Hábitos dietéticos:

No sigo ninguna dieta Evito carnes rojas Consumo pocas grasas Consumo pocos carbohi

Dieta vegetariana Consumo mucha fruta/verdura Intento comer saludable Evito productos lácteos

Yo consumo habitualmente:

Café Refrescos Bebidas dietéticas Dulces Fritos

Yo como a menudo en restaurantes de comida rápida: Si / No

Yo como a menudo comidas pre-cocinadas: Si / No

Utiliza aceite o margarina en vez de mantequilla

Si No

Evita consumir cantidades altas de azúcar

Si No

Normalmente coloca sal en la mesa a la hora de las comidas

Si No

Come diferente entre semana comparado con el fin de semana

Yes No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Hábitos de ejercicio físico:

Yo no realizo ejercicio físico:

Que es lo que no le permite hacer ejercicio físico _____

Yo hago ejercicio físico:

Que tipo de ejercicio hace y cuantas veces a la semana _____

Aeróbico

Entrenamiento fuerte

Nadar/Bailar

Flexibilidad(yoga/tai chi)

Cite sus hobbies / deportes / actividades: _____

Tabaco:

- Yo nunca he fumado cigarrillos ni tabaco de mascar
- Yo fumo ahora _____ paquetes por día. Yo llevo fumando _____ años
- Yo dejé de fumar _____ (Año). Yo fumaba _____ paquetes. Durante _____ años
- Yo fumo cigarrillos, tabaco de mascar o pipa.

Alcohol :

- Yo nunca he bebido alcohol
- Yo bebo ocasionalmente
- Yo bebo regularmente _____ bebidas alcoholicas por día (incluyendo vasos de vino)
- Tengo antecedentes familiares con problemas de alcohol

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Si necesita cancelar la cita deberá hacerlo con 48 horas de antelación. Si usted no la cancela, lo hace con menos de 48 horas de antelación o llega tarde se le agregará un cargo extra en su próxima visita. Le agradecemos el cumplimiento de esta política que nos ha permitido satisfacer más adecuadamente las necesidades de nuestros pacientes.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____