



Centro Naturopático Atabey
Dra. Brooke Leason, ND

INFORMACIÓN del PACIENTE

Nombre _____

Teléfono/s: Casa: _____ Trabajo: _____ ext. _____ Celular: _____

Número de preferencia para llamarle y dejar mensaje: casa trabajo celular

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

E-mail (correo electrónico) _____

Prefiere recibir información por este medio? ___ Si ___ No

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Estatus: ___ Casado/Emparejado ___ Divorciado/Separado ___ Soltero/Viudo

Vives con: ___ Pareja ___ Esposo/a ___ Familia ___ Amigos ___ Solo/a ___ Padres

Contacto de Emergencia _____ Teléfono/s _____

Como supiste de nosotros? _____

Información de Empleo

Empleo _____ Posición _____

Dirección _____ Teléfono/s _____

Información de Seguro Médico

Nombre de Plan/Compañía _____ Teléfono _____

Dirección _____ Nu

mero de Reclamo/ID _____ Numero de Grupo _____

Nombre de asegurado principal _____

Si no es suya, proveer nombre y fecha de nacimiento del responsable _____

Entiendo que yo soy responsable de todos los cargos y acepto pagar por los servicios proveídos. Autorizo al proveedor compartir con mi compañía de seguro toda la información necesaria para procesar el reclamo. Autorizo que el pago sea directamente hecho a mi proveedor de salud.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Confidencialidad

Tienes el derecho de confidencialidad cuando recibes cuidado de un proveedor médico. No divulgaremos información médica a nadie a menos que seamos autorizados por usted en forma escrita.

Tu Salud Actual

Cuál es la razón de tu visita hoy?

Historia Médica

Que tipo de cuidado médico o cuidado de salud has recibido últimamente y con quién?

Cuándo fue tu última prueba de sangre o otro examen diagnóstico y cuales fueron los resultados?

Te has hecho Rayos-x, CAT scans, Ultrasonido o MRI y cuáles fueron los resultados?

De niño/a cuáles enfermedades/condiciones tuviste? _____

Como adulto que enfermedades has tenido?

Cirugías previas o hospitalizaciones (incluye las fechas):

Tienes alguna alergia a medicamentos, plantas, comidas, animales o otra cosa?

Medicamentos Actuales

Favor anotar toda medicina, vitamina, hierba, o suplementos que esté tomando (incluir dosis- i.e. 300mg 2 veces al día)

Historia de Familia

Favor anotar edades, problemas de salud y si difunto, causa de muerte. Incluir alergias, anemia, presión alta, hypoglicemia, diabetes, artritis, depresión, fallo cardiaco, convulsiones, asma, enfermedades de piel, úlceras, cáncer, ataques del corazón, cataratas, enfermedades venéreas, problemas de la tiroides, etc.

Tu madre _____

Tu Padre _____

Hermanos/as _____

Abuelos _____

Hábitos Personales

Que es lo mas que disfrutas de tu vida? _____

Cuáles son tus intereses/hobbies? _____

Tomas bebidas alcohólicas regularmente? Cuánto? _____

Fumas? _____ Usas drogas recreativas? _____

Cuán frecuente miras televisión? _____

Tienes una práctica religiosa/espiritual? _____

Disfrutas tu trabajo? _____ Tomas vacaciones? _____

Tu trabajo y/o hobbies te exponen a *químicos tóxicos, metales pesados, hongos, humo?* _____

Sueño

En una escala del 1-10 (10 siendo lo mejor), cómo calificas tu calidad de sueño? _____

Tienes problemas acostándote o permaneciendo dormido? _____

Cuántas horas duermes por la noche? _____ Despiertas refrescado? _____

Energía

En una escala del 1-10 (10 siendo lo mejor), como clasificas tu energía? _____

Tus actividades diarias se ven afectadas por estar cansado/a? _____

Duermes durante el día? _____

Que tipo, cuánto y cuán frecuentemente haces ejercicio? _____

Dieta

Sigues una dieta especial? _____

Comes al menos 3 comidas al día? _____ Estas satisfecho con tu dieta? _____

Cuánta agua tomas al día? _____

Favor listar las comidas y cantidades que has comido en las ultimas 24 horas (incluir toda bebida):

Esto es una ración o ejemplo típico para ti?

Stress

Cuáles áreas de tu vida contribuyen significativamente al estrés o desarmonía? (circula)

Carrera Finanzas Familia Política Traumas pasados Social Físico

Emocional Mental Espiritual Diversión Creatividad Tiempo Personal

Otro _____

Inquietudes de Salud

Abajo hay una lista de inquietudes relacionadas a la salud. Favor circular aquellos que son problemas ACTUALES o RECIENTES para ti y llenar los espacios en blanco cuando indicado.

General: *sudor nocturno, cansancio/fatiga, problemas de peso, cambios de apetito, fiebre, temperaturas extremas*

Piel: *erupciones/rash, infección, excrecencias/bolitas, problemas de uñas o pelo, picor, piel sensitiva, acne, piel seca/aceitosa*

Cabeza: *dolores de cabeza frecuentes, migrañas, golpe/trauma a la cabeza, pérdida de pelo*

Ojos: *problemas de visión, dolor de ojo, visión doble, “floaters”, enrojecimiento/ojos llorosos*

Oídos: *pérdida de audición, zumbido, mareos, picor, uso de aparato auditivo*

Nariz: *catarros frecuentes, sangrado nasal, sinusitis, alergias, pérdida de olfato, ronquido*

Boca/Garganta: *dolor de garganta frecuente/ronquera, dolor de lengua, llagas en boca, problemas dentales, flema*

Cuello: *glándulas hinchadas, dolor de cuello, tiroides agrandada, problemas de tragar*

Sangre: *moretones/sangrado frecuentes, anemia, problemas de coagulación, coagulación excesiva, uñas frágiles, palidez*

Respiratorio: *tos, esputo/flema, respiración sibilante, dolor de pecho, falta de aire (acostado/con actividad/de noche)*

Corazón: *dolor de pecho o incomodes, presión alta, murmullo de Corazón (soplo), palpitaciones, historia de paro cardíaco o ataques isquémicos, historia de angina, fiebre reumática, otro _____*

Digestión: *acidez, úlceras, dolor abdominal, nausea/vómitos, sangre/flema/comida en excremento, excremento con disposiciones negras, abdomen hinchado/eructaciones/gases, mal aliento, hemorroides, hx de hepatitis, hx personal/familiar de cáncer del colón, pólipo,*

_____deposiciones al día, estreñimiento/diarrea/alternados, estás conciente de alguna comida que empeore los síntomas? _____

Urinario/Reproducción Masculina: dolor al orinar, urgencia/frecuencia, incontinencia, infecciones frecuentes de vejiga, orina turbia/apetosa, inflamación de la próstata, hx de cálculo renal, sangre en la orina, orinar de noche, dificultad eréctil, hernia, úlcera genital/desecho

Circulatorio: venas varicosas, dolor en piernas al caminar, piernas hinchadas, extremidades frías/coloración anormal, nódulos linfático

Músculo esquelético: dolor articular/anquilosamiento, hx de fractura de hueso, calambres/espasmos de músculo, debilidad, osteoporosis

Emocional: depresión, problemas de sueño, estado de ánimo volátil, ansiedad, nerviosismo, tensión, fobias, hx familiar de desorden psiquiátricos, pensamientos/plan de suicidio, dependencia de alcohol/drogas. **Emoción predominante** _____

Endocrino: hx de problemas de tiroide, diabetes, nivel de azúcar bajo/alto, sed o hambre excesivo, aumento de peso, pérdida de peso, antojos de azúcar, hinchazón/edema, crecimiento de pelo anormal, dificultad de sudar, sentirse caliente/frió, envejecimiento rápido, pérdida de masa muscular

Reproductivo Femenino: exceso de sangrado menstrual/dolor/coágulos, sangrado irregular, desecho vaginal/olor/picor/llagas, relaciones sexuales dolorosas, dolor/endurecimiento de seno, desecho/retracción de pezón, infecciones vaginales recurrentes, libido bajo, fibroides, quiste ovario, PMS, hinchazón, irritabilidad, tristeza/llorar fácilmente, sofocones (hot flushes), sequedad vaginal, insomnio, edad de primera regla menstrual _____, edad de la última _____, histerectomía (total/parcial), número de embarazos _____, número de abortos _____, nombres de hijos (edad/sexo) _____
