

## Collaborative Natural Health Partners

### FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Transgénero  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de teléfono

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Cuál es su número de teléfono de preferencia? \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje de voz? S N

Farmacia: \_\_\_\_\_

#### **Seguro Médico**

Nombre del primario \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre de seguro médico \_\_\_\_\_ Teléfono del primario \_\_\_\_\_

Dirección del primario (si es diferente) \_\_\_\_\_

#### **Lista de Doctores (ex: pediatra, primario, terapeuta, especialista)**

Nombre/Grupo	Dirección	Número de Teléfono

Fecha del último examen de sangre: \_\_\_\_\_

¿Se está transfiriendo de Médico Primario? S N

#### **Contacto de Emergencia**

Nombre (Parentesco) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información Familiar

Estatus Marital: Soltera Casada Divorciada Viuda

Nombre de pareja: \_\_\_\_\_ Hijos: S N ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Edades: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? \_\_\_\_\_

**Presentaciones de Salud Actuales (en orden de importancia)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Historia Médica Pasada (año en el que fue diagnosticado)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Medicamentos (incluyendo medicamentos de venta libre)**

Nombre	Razón por la que toma	Dosis	Fecha que comenzó	Prescrita por	Relleno de receta médica
					S N
					S N
					S N
					S N
					S N

**Suplementos, vitaminas e hierbas**

Nombre	Razón por la que toma	Dosis	Fecha que comenzó	Prescrita por

Alergias a medicamentos, comida, ambiente, etc

Reacción

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MUJER**

Tiempo entre períodos: \_\_\_\_\_ Activa Sexualmente: S N

Fecha del último papanicolaou \_\_\_\_\_ Abnormal? S N

Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_ Fecha de su última menstruación \_\_\_\_\_

Fecha de su última densidad de hueso \_\_\_\_\_ Menopausia S N

Historia de enfermedades de transmisión sexual: S N Anticonceptivo: \_\_\_\_\_

Embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? S N ¿Desea quedar embarazada? S N ¿Dando de Lactar?: S N

**Hospitalizaciones, procedimientos, cirugías, etc**

Fecha	Procedimiento	Problema	Resultado

Fecha de su última colonoscopia \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

## Historia Médica Familiar

Por favor indicar si algún miembro de familia padece de alguna condición:

**M** por parte Materna o **P** por parte Paterno

	Diabetes	Presión Alta	Problema Cardíaco	Problema Mental	Colesterol Alto	Cancer (tipo)	Problema Autoimmune	Problema Digestivo
Padre								
Madre								
Abuelo								
Abuela								
Tia/Tio								
Hermanos								
Hijos								

Por favor añadir otro problema significativo que hay en la historia médica familiar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ESTILO DE VIDA

### General:

¿Cuándo fué la última vez que estuvo en su salud óptima? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo crees que te tomará llegar a tu salud óptima? \_\_\_\_\_

En la escala del 1 al 10, ¿qué tan dispuesta estás en hacer el tratamiento que se te recomienda? 10 siendo el 100% de comprometida \_\_\_\_\_

### Peso

Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso más alto: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Peso ideal: \_\_\_\_\_

Tabaco: S N #cigarros/día: \_\_\_\_\_ Ex-Fumador: S N Alcohol: # vasos/day or semana \_\_\_\_\_

Cafeína: Café #8oz tazas/ día: \_\_\_\_\_ Agua: #8oz vasos/ día: \_\_\_\_\_

### Nutrición

Por favor encierre en un círculo todos los que aplican:

Omnivoro (animales y plantas) Vegetariano Vegano Libre de grasa Libre de sal Libre de carbohidratos

Restricciones específicas: Trigo Lácteos Soja Gluten Otras: \_\_\_\_\_

### Ejercicios: (encierre en un círculo lo que aplica)

5-7 días/semana 3-4 días/semana 1-2 días/semana 45 mins o mas 30 m-45 mins Menos de 30 mins

Caminar- \_\_\_\_#días/semana \_\_\_\_ Correr- #días/semana \_\_\_\_ Pesas- #días/semana \_\_\_\_ Estiramiento  
Otro \_\_\_\_\_

### Estrés

En una escala del 1 al 10, 10 siendo el nivel más alto de estrés, por favor encierre en un círculo el número que representa su nivel de estrés:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Razón; \_\_\_\_\_

### Sueño

Horas de sueño por noche \_\_\_\_\_ Hora de dormir \_\_\_\_\_ ¿Se despierta descansado? S N

### Energía

Promedio de su energía en el día: Escala del 1 - 10, (10 siendo la más alta) \_\_\_\_\_

### Hambiental

Por favor escribir si ha sido expuesto a químicos o productos tóxicos:

---

**Revisión de Sistemas** - Encierre en un círculo **A** por **Actual**, **P** por **Pasado**

#### **General:**

Cambio en Apetito  
Fatiga  
Fiebre  
Escalofrios  
Dificultad dormir  
Dificultad quedarse dormido  
Pérdida de peso  
Subida de peso

#### **Alergias:**

Fiebre  
Cogestión nasal  
Picazón  
Ojos llorosos

#### **Ojos/ Oídos/ Nariz:**

Disminución de audición  
Dificultad al tragar  
Boca seca  
Dolor de oído  
Sangrado de nariz  
Zumbido  
Sinusitis

#### **Endocrino:**

Intolerancia al frío  
Sudado excesivo

Sed excesiva  
Orinar frecuente  
Intolerancia al calor  
Cambios en el cabello

#### **Respiratorio:**

Tos  
Tos con sangre  
Dolor al respirar  
Falta de respiración  
Producción de flema  
Sibilancia

#### **Cardiaco:**

Dolor de pecho al descansar  
Dolor de pecho con movimiento  
Cianosis (piel azul)  
Dificultad al acostarse plano  
Latido de corazón irregular  
Palpitaciones

#### **Gastrointestinal:**

Dolor abdominal  
Sangrado en las heces  
Estreñimiento  
Falta de apetito  
Diarrea

Acidéz  
Nausea  
Vómito  
Gas/hinchazón

**Salud de Mujer/Hombre:**

Dolor de pecho  
Secreción del pezón  
Sangrado menstrual pesado  
Periodo irregular  
Abscencia de periodo  
Sofocos  
Relaciones sexuales dolorosa  
Infección de los genitales  
Dolor de los genitales  
Bajo deseo sexual  
Problemas de erección

**Genitourinaria:**

Sangrado en la orina  
Dificultad al orinar  
Micción frecuente  
Dolor al orinar  
Infecciones frecuentes de la orina

**Musculoesquelético:**

Dolor de articulaciones/ rigidez  
Calambre muscular  
Ciática

Hinchazón de articulaciones  
Dolor de la ATM  
Rango de movimiento reducido

**Piel:**

Acne  
Piel seca  
Erupción  
Picazón

**Neurológico:**

Dificultad en mantener el equilibrio  
Dificultad al hablar  
Mareos  
Desmayo  
Pérdida de fuerza  
Pérdida de memoria  
Convulsiones

**Psiquiátrico:**

Ansiedad  
Depresión  
Problemas alimenticios  
Abuso mental  
Abuso físico  
Adicción  
Pensamientos de suicidio

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_