## Formulario

Fecha:

Nombre, apellido:

Edad:

Email:

Teléfono:

Dirección :

Altura / peso:

Presión arterial :

Motivo de la consultación:

Informaciones generales:

Lugar donde vive (casa, apartamento,etc)

Vida personal: (casado, soltero, viudo, etc)

Vida profesional:

Historial médico:

* Antecedentes médicos:
* Resultados de exámenes de sangre recientes: (adjuntar los resultados solo si fueron realizados hace dos -tres meses)

Antecedentes familiares

* Padres
* Abuelos
* Tíos, tías
* Hermanos, hermanas

Traitamientos médicos

**Vacuna de COVID** **(cuantas dosis recibió y de qué farmacéutica)**

Alergias

Complementos alimenticios (por favor indique los nombres de TODOS los complementos que toma y las dosis)

MODO DE VIDA

Actividad física

Hobbies

Hábitos alimenticios

* Régimen alimentición
* Cuántas comidas y a qué hora las consume
* Masticación. ¿Cuánto tiempo tarda en comer cada comida ?
* Experimenta placer en la comida
* ¿Usted cocina?
* Método de cocimiento
* ¿Dónde hace sus compras del supermercado?
* Intolerancias o alergias alimenticias:
* Describa brevemente cada una de sus comidas:
* Desayuno:
* Almuerzo:
* Merienda:
* Cena:
* Merienda:
* Alimentos y frecuencia de consumo
* Proteínas:
* Cereales/almidones:
* Frutas / vegetales:
* Crudos:
* Aceites:
* Productos lácteos:
* Alimentos ricos en Omega 3:
* Superalimentos:
* Dulces:
* Hidratación:
* Excitantes:
* Alcohol:

Para llenar las siguientes secciones, por favor subrayar las opciones que mejor describen sus síntomas.

Sistema digestivo

* Boca: Sangrados - Aftas - Caries - Gingivitis
* Estómago: Ardor – Acidez - Reflujo – Pesadez digestiva – Fatiga después de comer <30 minutos
* Hígado – Vesícula biliar : Mal aliento – Lengua blanca, pastosa – Hemorroides – Náuseas – Migraña – Difficultad a soportar olores
* Intestino: Llenazón – Gases – Espasmos – Dolores - Fatiga después de comer >30 minutos
* Tránsito: Constipación – Diarrea – Unos días diarrea y otros constipación
* Frecuencia para defecar:
* Aspecto de las heces:

A screenshot of a computer

Description automatically generated

* Color de las heces:

Sistema neuropsicológico

Sueño

* Calidad de sueño: Bueno – Intermedio - Deficiente
* Sueño reparador – Sueño no reparador
* Energía al levantarse – Fatiga al levantarse
* Fatiga – Fatiga crónica
* ¿Cuántas horas duerme?
* ¿A qué hora se levanta?
* ¿A qué hora se acuesta?
* Problemas de sueño: Dificultad para quedarse dormido – Se despierta a media noche – Se despierta unas horas antes de lo deseado
* Causas de problemas de sueño:
* ¿A qué hora se despierta?:

La salud mental

* Estrés – Ansiedad – Angustia – Carga mental – Surmenage – Shock emocional - Depresión – Depresión invernal – Irritabilidad – Cólera – Tristeza
* Manifestaciones:
* Causas:
* Estrés: /10
* Ansiedad: /10
* Angustia: /10
* Depresión: /10

**Migrañas/dolores de cabeza**

* Contexto:
* Frecuencia:

Sistema respiratorio

* Asma – Tos – Mucosidades – Rinitis – Rinofaringitis – Angina – Bronquitis – Reflujo – Sinusitis – Garganta inflamada – Allergias por cambio de estación
* Frecuencia:
* ¿En qué estación ocurren?:

Sistema endocrino

* Hipotiroides – Hipertiroides – Siente frío todo el tiempo – Cambio de peso recientemente
* Glicemia – Sed excesiva – Micciones frecuentes – Diabetes – Necesidad de algo dulce
* Energía – Fatiga física – Líbido bajo

Sistema cardiovascular

Profundo

* Hipertensión
* Hipotensión – Palpitaciones – Opresión – Problemas cardíacos – Colesterol - Trigliceridos

**Superficial**

* Síndrome de piernas pesadas – Varices – Hemorroides – Pies o manos heladas - Moretones

**Linfático**

* Edema – Ganglios – Retención de agua – Celulitis

SISTEMA URO-GENITAL FEMENINO

* Color de la orina en la mañana
* Frecuencia en las micciones:
* Ardor al orinar – Infecciones urinarias – Cistitis – Micosis – Vaginosis
* Contracepción:
* Embarazos:
* Pérdidas:
* Problemas de fertilidad:

**Ciclo menstrual**

* Regular – Irregular
* ¿Cuánto dura su ciclo?:
* ¿Cuánto duran sus reglas?:
* Abundancia del flujo:
* Color del flujo:
* Protection higiénica: Tampones – Toallas – Copas – Calzones menstruales
* SPM : Irritabilidad – Cólera – Tristeza – Deseo de cosas azucaradas, de grasa – Fatiga – Insomnio – Retención de agua – Sensation de estár hinchada – Constipación – Dolores pélvicos, en la espalda – Senos dolorosos o hinchados.
* Endometriosis:
* Síndrome del ovario poliquístico:
* Premenopausia, menopausia:
* Líbido:

SISTEMA URO-GENITAL MASCULINO

* Frecuencia en las micciones:
* Color de la orina en la mañana:
* Ganas de orinar +++ - Micción reducida – Chorros de orina débiles – Dificultad para orinar – Dolor para orinar
* Líbido

SSISTEMA OSTEOARTICULAR

* Reumatismos – Osteoporosis - Artrosis – Artritis – ¿Dónde?:
* Dolores articulares – Tendinitis – Dolores en los ligamentos – Dolores musculares – Lumbago – Ciática – ¿Dónde?:
* Frecuencia de los dolores:
* ¿Cómo se mejoran?:

PIEL

* Piel: Grasosa - Seca – Mixta – Sensible - Espinillas – Acné – Prurito –Eczema – Psoriasis – Herpes – Urticaria – Transpiración – Micosis – Verrugas – Zona
* Cabello: Películas blancas – Caída del cabello súbita – Cabello grasoso – Cabello seco – Cabello débil que se cae con facilidad
* Uñas: Estriadas – Dobles – Suaves – Facilmente se quiebran – Con manchas – Micosis - Sólidas