

The Regenerative Project - Cuestionario de Salud

TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SERÁ TRATADA DE ACUERDO CON TODAS LAS LEYES Y PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD APLICABLES Y ESTÁ DESTINADA ÚNICAMENTE PARA EL USO DE ASESORÍA. NO DIAGNOSTICAMOS, CURAMOS NI TRATAMOS NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA.

Información General

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA DE ACIMIENTO _____

SEXO AL NACER _____ IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (CELULAR) _____ (TRABAJO) _____

ANTECEDENTES GENÉTICOS:

Afroamericano - Hispano - Mediterráneo - Asiático - Nativo Americano - Caucásico - Europeo del Norte - Otro

¿CUÁNDO, DÓNDE Y DE QUIÉN RECIBIÓ POR ÚLTIMA VEZ ATENCIÓN MÉDICA O DE SALUD?

CONTACTO DE EMERGENCIA 1 _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA 2 _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?

Sitio web de la clínica - Sitio web de IFM - Redes sociales - Referencia de médico - Referencia de amigo/familia - Otro

Preocupaciones Actuales de Salud

Por favor, clasifique las preocupaciones de salud actuales y continuas en orden de prioridad.

DESCRIBA EL PROBLEMA	SEVERIDAD	TRATAMIENTO/ENFOQUE ANTERIOR	ÉXITO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Alergias

NOMBRE DEL MEDICAMENTO / SUPLEMENTO / ALIMENTO	REACCIÓN
1.	
2.	
3.	
4.	

Evaluación de Preparación y Metas de Salud

¿Qué espera lograr en su visita con nosotros?

¿Cuándo fue la última vez que se sintió bien?

¿Algo desencadenó el cambio en su salud?

¿Qué lo hace sentir mejor?

¿Qué lo hace sentir peor?

¿Cómo le afecta su condición?

¿Qué cree que está pasando y por qué?

¿Qué cree que necesita pasar para que mejore?

Revisión de Estilo de Vida

Sueño - ¿CUÁNTAS HORAS DE SUEÑO OBTIENE CADA NOCHE EN PROMEDIO? _____

¿Problemas para conciliar el sueño? ☐ Sí ☐ No ¿Para mantenerse dormido? ☐ Sí ☐ No

¿Se siente descansado al despertar? ☐ Sí ☐ No

¿Problemas con insomnio? ☐ Sí ☐ No ¿Ronca? ☐ Sí ☐ No ¿Usa ayudas para dormir? ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique:

Ejercicio

ACTIVIDAD	TIPO	# DE VECES POR SEMANA	TIEMPO/DURACIÓN (MINUTOS)
Cardio/Aeróbico			
Fuerza/Resistencia			
Flexibilidad/Estiramiento			
Equilibrio			
Deportes/Recreación (p.ej., golf)			
Otro:			

¿Se siente motivado para hacer ejercicio? ☐ Sí ☐ Un poco ☐ No ¿Hay problemas que limiten el ejercicio? ☐ Sí ☐ No Si sí, explique: _____

¿Se siente inusualmente fatigado o adolorido después del ejercicio? ☐ Sí ☐ No Si sí, explique: _____

Nutrición

¿SIGUE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DIETAS ESPECIALES O PROGRAMAS NUTRICIONALES? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

☐ Vegetariano ☐ Vegano ☐ Alergia ☐ Eliminación ☐ Baja en Grasa ☐ Baja en Carbohidratos ☐ Alta en Proteína ☐ Tipo de Sangre ☐ Baja en Sodio ☐ Sin Lácteos ☐ Sin Trigo ☐ Libre de Gluten ☐ Otro _____

¿TIENE SENSIBILIDADES A CIERTOS ALIMENTOS? ☐ Sí ☐ No

Si sí, liste el alimento y los síntomas: _____

¿TIENE AVERSIÓN A CIERTOS ALIMENTOS? ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique: _____

¿REACCIONA ADVERSAMENTE A: (marque todas las que apliquen)

☐ Glutamato monosódico (MSG) ☐ Edulcorantes artificiales ☐ Ajo/cebolla ☐ Queso ☐ Alimentos cítricos

☐ Chocolate ☐ Alcohol ☐ Vino tinto ☐ Alimentos con sulfitos (vino, frutas secas, barras de ensalada)

☐ Conservadores ☐ Colorantes alimentarios ☐ Otras sustancias alimentarias: _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE ANSÍA O COME EN EXCESO? ☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿cuáles alimentos? _____

¿COME TRES (3) COMIDAS AL DÍA? ☐ Sí ☐ No

Si no, ¿cuántas? _____

¿SALTARSE UNA COMIDA LE AFECTA MUCHO? ☐ Sí ☐ No

¿CUÁNTAS COMIDAS COME FUERA POR SEMANA? ☐ 0-1 ☐ 1-3 ☐ 3-5 ☐ 5 comidas por semana

MARQUE LOS FACTORES QUE APLIQUEN A SU ESTILO DE VIDA ACTUAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS:

☐ Come rápido ☐ Come demasiado ☐ Come tarde por la noche ☐ No le gustan los alimentos saludables

☐ Restricciones de tiempo ☐ Viaja con frecuencia ☐ Come más del 50% de las comidas fuera de casa

☐ Alimentos saludables no fácilmente disponibles ☐ Malas elecciones de bocadillos

☐ Pareja o familiares no les gustan los alimentos saludables

☐ Pareja o familiares tienen necesidades dietéticas especiales ☐ Amo comer

☐ Como porque tengo que hacerlo ☐ Tengo una relación negativa con la comida

☐ Lucho con problemas alimenticios ☐ Comedor emocional (como cuando estoy triste, solo, aburrido, etc.)

☐ Como demasiado bajo estrés ☐ Como muy poco bajo estrés ☐ No me importa cocinar

☐ Confundido con los consejos de nutrición

Nutrición

REGISTRE LO QUE COME EN UN DÍA TÍPICO:

Desayuno _____

Almuerzo _____

Cena _____

Bocadillos _____

Líquidos _____

¿BEBE BEBIDAS CAFEINADAS? Sí o No

SI SÍ, MARQUE LAS CANTIDADES:

Café (tazas por día) ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ >4

Té (tazas por día) ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ >4

Refrescos cafeinados—regulares o dietéticos (latas por día) ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ >4

¿TIENE REACCIONES ADVERSAS A LA CAFEÍNA? ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique: _____

Cuando bebe cafeína, se siente: ☐ Irritable o agitado ☐ Dolores o malestares

Tabaquismo

¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No Paquetes por día _____ Número de Años _____

¿Qué tipo? ☐ Cigarrillos ☐ Sin humo ☐ Pipa ☐ Puro ☐ Cigarrillo Electrónico

¿Ha intentado dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿qué métodos? _____

¿Ha fumado anteriormente? ☐ Sí ☐ No Paquetes por día _____ Número de Años _____

¿Está expuesto regularmente al humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No

Alcohol

¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe a la semana? (1 Bebida = 5oz Vino, 12oz Cerveza, 1.5oz Licores)

☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ >10 Ninguna Consumo previo de alcohol? ☐ Ninguno ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Pesado

¿Ha tenido un problema con el alcohol? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuándo? _____

Explique el problema: _____

¿Ha pensado en buscar ayuda para su consumo de alcohol? ☐ Sí ☐ No

Otras Sustancias

¿Usa actualmente drogas recreativas? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿qué tipo? _____

¿Ha usado drogas recreativas IV o inhaladas? _____

Estrés

¿Siente que tiene una cantidad excesiva de estrés en su vida? ☐ Sí ☐ No

¿Siente que puede manejar fácilmente el estrés en su vida? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto estrés causa cada uno de los siguientes en base diaria? (Califique en una escala de 1-10, 10 siendo el más alto)

Trabajo _____ Familia _____ Social _____ Finanzas _____ Salud _____ Otro _____

¿Usa técnicas de relajación? ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique: _____

¿Qué técnicas usa? ☐ Meditación ☐ Respiración ☐ Tai Chi ☐ Yoga ☐ Oración ☐ Otro

¿Ha buscado asesoría alguna vez? ☐ Sí ☐ No ¿Está actualmente en terapia? ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique: _____

¿Ha sido abusado alguna vez, víctima de un crimen o experimentado un trauma significativo? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles son sus pasatiempos o actividades de ocio? _____

Relaciones

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Pareja a Largo Plazo ☐ Poliamoroso ☐ Viudo

¿Con quién vive? (Incluya niños, padres, parientes, amigos, mascotas) _____

Ocupación Actual: _____ Ocupaciones Previas: _____

¿Tiene recursos para apoyo emocional? ☐ Sí ☐ No

Si sí, marque lo que aplica: ☐ Pareja ☐ Familia ☐ Amigos ☐ Religión o Espiritualidad ☐ Mascotas ☐ Otro

¿Tiene una práctica religiosa o espiritual? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿de qué tipo? _____

¿QUÉ TAN BIEN LE HAN IDO LAS COSAS?

Califique en una escala de 1-10, 10 siendo el más alto, N/A si no aplica

N/A MALO BIEN MUY BIEN

En general ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

En la Escuela ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

En su Trabajo ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

En su Vida Social ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con Amigos Cercanos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con su Actitud ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con su Pareja ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con sus Niños ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con sus Padres ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con su Cónyuge ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Con el Sexo ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Historia

HISTORIA DE NACIMIENTO/INFANCIA DEL PACIENTE

Nació: ☐ A término ☐ Prematuro ☐ No seguro ¿Hubo complicaciones en el embarazo o nacimiento?

☐ Sí ☐ No Si sí, explique: _____

Fue: ☐ Amamantado/Cuánto tiempo: ☐ Alimentado con biberón/Fórmula: ☐ No sé

Edad de introducción de Alimentos sólidos: _____ Trigo: _____ Lácteos: _____

De niño, ¿había alimentos que evitaba porque le causaban síntomas? ☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿qué alimentos y qué síntomas? (Ej: leche-gas y diarrea) _____

¿Comió mucho azúcar o dulces de niño? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA DENTAL

Marque si tiene alguno de los siguientes; proporcione número si aplica:

☐ Empastes de Mercurio Plata ☐ Empastes de Oro ☐ Conductos Radiculares ☐ Implantes ☐
Coronas/Caps

☐ Dolor de Dientes ☐ Encías Sangrantes ☐ Gingivitis ☐ Problemas para Masticar Otro: _____

¿Le han removido empastes de mercurio? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuándo? _____

Número de empastes de niño: _____ ¿Se cepilla regularmente? ☐ Sí ☐ No

¿Usa hilo dental regularmente? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA AMBIENTAL/DETOXIFICACIÓN

¿Alguno de estos le afecta significativamente? ☐ Humo de Cigarrillo ☐ Perfume/Colonia ☐ Humos de Escape de Auto ☐ Otro _____

En su entorno de trabajo o hogar, ¿está expuesto regularmente a: (Marque todos los que apliquen)

☐ Moho ☐ Fugas de Agua ☐ Renovaciones ☐ Químicos ☐ Radiación Electromagnética

☐ Entornos Húmedos ☐ Alfombras o Tapetes ☐ Pintura Vieja ☐ Aire Estancado/Aburrido ☐ Fumadores

☐ Pesticidas ☐ Herbicidas ☐ Viajes en Avión ☐ Químicos de Limpieza ☐ Químicos Duros

☐ Metales Pesados ☐ Otro: _____

¿Ha tenido una exposición significativa a químicos dañinos? ☐ Sí ☐ No

Si sí, liste el nombre del químico, duración de exposición, fecha: _____

¿Tiene mascotas o animales de granja? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿viven: Dentro Fuera Ambos Dentro y Fuera

Si sí, ¿cuántos? Tipo(s) de animal(es): _____

Historia de Mujeres (Omita si es Hombre)

HISTORIA OBSTÉTRICA (Marque y proporcione número a todos los que apliquen)

☐ Embarazos ☐ Abortos espontáneos ☐ Abortos ☐ Hijos Vivos

☐ Partos Vaginales ☐ Cesárea ☐ Nacimientos a Término ☐ Nacimiento Prematuro

Peso al Nacer del Bebé más Grande Peso al Nacer del Bebé más Pequeño

¿Desarrolló problemas en o después del embarazo? (Toxemia, Diabetes, Depresión Postparto, Problemas de Lactancia) ☐ Sí ☐ No

Si sí, explique: _____

Historia de Salud

Historia Menstrual (Omita si es Hombre)

Edad del Primer Ciclo _____ Fecha del Último Ciclo _____ Longitud del Ciclo _____

Tiempo Entre Ciclos _____ ¿Calambres? ☐ Sí ☐ No Dolor ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido problemas premenstruales? ☐ Sí ☐ No Si sí, describa: _____

Otros problemas con su ciclo? ☐ Sí ☐ No Si sí, describa: _____

Uso de control hormonal de nacimientos ☐ ¿Píldoras de Control de Nacimientos? ☐ Parche de Control de Nacimientos ☐ Anillo Nuva ☐ Otro _____

Problemas con el control de natalidad hormonal? ☐ Sí ☐ No Si sí, describa: _____

Otras formas de anticoncepción? ☐ Sí ☐ No ☐ Condones ☐ Diafragma ☐ DIU ☐ Vasectomía de Pareja

¿Está en la menopausia? ☐ Sí ☐ No Si sí, edad del último ciclo: _____

¿Fue menopausia quirúrgica? ☐ Sí ☐ No Si sí, explique cirugía: _____

¿Actualmente tiene problemas sintomáticos con la menopausia? (Marque todos los que apliquen)

☐ Sofocos ☐ Cambios de Humor ☐ Dolor de cabeza ☐ Dolor de Articulaciones ☐ Pérdida de Memoria/Concentración ☐ Sequedad Vaginal ☐ Ganancia de Peso ☐ Disminución de Libido ☐ Palpitaciones ☐ Pérdida del control de la urina

¿Está en terapia hormonal? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿por cuánto tiempo y por qué razón? _____

Otros Síntomas Ginecológicos (Marque todos los que apliquen)

☐ Endometriosis ☐ Infertilidad ☐ Cáncer de Mama Fibroquístico ☐ Enfermedad Inflamatoria Pélvica Sexual
☐ Quistes Ováricos ☐ Fibroides ☐ Cáncer Reproductivo ☐ Enfermedad ☐ Otro _____

☐ Transmitida Sexualmente (describa): _____

Procedimientos de Detección Ginecológica (Si aplica, proporcione fecha)

Última Prueba de Papanicolaou: _____ Normal Anormal

Última Mamografía: _____ Normal Anormal

Densidad Ósea Última: _____ Alta Baja / Rango / Normal

Otras Pruebas y Procedimientos: _____

Historia de Hombres (Omita si es Mujer)

Marque si aplica:

☐ Dolor Testicular ☐ Dolor Pélvico ☐ Infección Prostática ☐ Cambio en Libido ☐ Impotencia

☐ Masa Testicular ☐ Dificultad para Obtener Erección ☐ Pérdida de Control Urinario ☐ Flujo Urinario

☐ Débil Vasectomía ☐ Agrandamiento Prostático ☐ Dificultad para Mantener Erección ☐ Nicturia (orinar de noche) # de Veces por Noche: _____

Enfermedades Transmitidas Sexualmente (Describa): _____

Procedimientos de Detección

Prueba de PSA: _____ Nivel de PSA: ☐ 1-2 ☐ 2-4 ☐ 4-10 ☐ >10

Otras Pruebas/Procedimientos (liste tipos y fechas): _____

Historia Familiar

Marque los miembros de la familia que han tenido cualquiera de los siguientes:

[illegible]

Depresión													
Asma													
Alergias													
Eczema													
TDAH													
Autismo													
Enfermedad del Corazón													
Síndrome de Intestino Irritable													
Demencia													
Abuso de Sustancias													
Trastornos Genéticos													
Otro:													

Historia Médica Personal

Marque si ha tenido cualquiera de los siguientes:

Gastrointestinal

☐ Síndrome de Intestino Irritable ☐ GERD (Reflujo) ☐ Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa

☐ Enfermedad de Úlcera Péptica ☐ Enfermedad Celíaca ☐ Piedras en la Vesícula ☐ SIBO

Otro: _____

Respiratorio

☐ Bronquitis ☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Neumonía ☐ Sinusitis ☐ Apnea del Sueño

Otro: _____

Urinario / Genital

- ☐ Piedras en el Riñón ☐ Gota ☐ Quistes Intersticiales ☐ Infecciones Frecuentes de la Vejiga
- ☐ Infecciones por Hongos en la Vagina ☐ Disfunción Sexual ☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente
- Otro: _____

Musculoesquelético

- ☐ Fibromialgia ☐ Osteoartritis ☐ Dolor Crónico ☐ Otro: _____

Piel

- ☐ Eczema ☐ Psoriasis ☐ Acné ☐ Cáncer de Piel ☐ Otro: _____

Cardiovascular

- ☐ Angina ☐ Ataque al Corazón ☐ Falla Cardíaca ☐ Hipertensión (Presión Arterial Alta)
- ☐ Accidente Cerebrovascular ☐ Tasa Alta de Grasa en la Sangre (Colesterol, Triglicéridos)
- ☐ Fiebre Reumática ☐ Arritmia (Ritmo Cardíaco Irregular) ☐ Murmullo ☐ Prolapso de Válvula Mitral
- Otro: _____

Endocrino / Metabólico

- ☐ Diabetes Tipo: ____ ☐ Hipotiroidismo (Tiroides Baja) ☐ Hipertiroidismo (Tiroides Alta)
- ☐ Síndrome Poliquístico Ovárico ☐ Infertilidad ☐ Síndrome Metabólico / Resistencia a la Insulina
- ☐ Trastorno Alimenticio ☐ Hipoglucemia ☐ Otro: _____

Inmunitario / Inflamatorio

- ☐ Artritis Reumatoide ☐ Síndrome de Fatiga Crónica ☐ Alergias a Alimentos ☐ Alergias Ambientales
- ☐ Sensibilidades Químicas Múltiples ☐ Enfermedad Autoinmune ☐ Deficiencia Inmune
- ☐ Mononucleosis ☐ Hepatitis ☐ Otro: _____

Neurológico / Emocional

- ☐ Epilepsia / Convulsiones ☐ TDA / TDAH ☐ Migrañas ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Autismo
- ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Enfermedad de Parkinson ☐ Demencia ☐ Otro: _____

Cáncer

- ☐ Pulmón ☐ Seno ☐ Colon ☐ Ovario / Piel ☐ Otro: _____

Estudios Diagnósticos	Fecha	Información Adicional
Densidad Ósea		
TC Scan		
Colonoscopia		
Prueba de Estrés Cardíaco		
EKG		
RM		
Endoscopia Superior		
Rayos X de Pecho		
Otro		
Otro		

Lesiones	Fecha	Información Adicional
Conmoción Cerebral		
Lesión en la Cabeza		
Otro		
Otro		

Cirugías (Por favor liste)	Fecha	Información Adicional

Hospitalizaciones	Fecha	Información Adicional

Revisión de Síntomas

Marque si ha tenido cualquiera de los siguientes y escriba detalles en el cuadro de texto si desea elaborar.

General

- ☐ Manos y Pies Fríos ☐ Intolerancia al Frío ☐ Somnolencia Diurna ☐ Dificultad para Conciliar el Sueño
- ☐ Despertar Temprano ☐ Fatiga ☐ Fiebre ☐ Rubor ☐ Pesadillas ☐ No Puedo Recordar Sueños
- ☐ Temperatura Corporal Baja

Cabeza, Ojos y Oídos

- ☐ Conjuntivitis ☐ Sentido del Olor Distorsionado ☐ Gusto Distorsionado ☐ Llenura en el Oído
- ☐ Zumbido/ Pitido en el Oído ☐ Dolor de Ojos ☐ Enrojecimiento de Párpados con Margen
- ☐ Dolor de Cabeza ☐ Pérdida de Audición ☐ Problemas Auditivos ☐ Migraña
- ☐ Sensibilidad al Ruido Fuerte ☐ Problemas de Visión

Musculoesquelético

- ☐ Espasmos Musculares de Espalda ☐ Calambres en Pantorrillas ☐ Rigidez en Pecho
- ☐ Calambres en Pies ☐ Deformidad en Articulaciones ☐ Dolor en Articulaciones
- ☐ Rigidez en Articulaciones ☐ Dolor Muscular ☐ Espasmos Musculares ☐ Twitching Muscular
- ☐ Ojos Rodeados ☐ Piernas Débiles ☐ Espasmos Musculares en Cuello ☐ Tendinitis
- ☐ Dolor de Cabeza por Tensión ☐ Problemas de TMJ

Estado de Ánimo / Nervios

- ☐ Agorafobia ☐ Ansiedad ☐ Alucinaciones Auditivas ☐ Apagones ☐ Depresión
- Dificultad:** ☐ Concentrarse ☐ Con Equilibrio ☐ Con Pensar ☐ Con Juicio ☐ Con Habla ☐ Con Memoria
- ☐ Mareo (girando) ☐ Desmayos ☐ Miedo ☐ Irritabilidad ☐ Mareo ☐ Entumecimiento ☐ Otras Fobias
- ☐ Ataques de Pánico ☐ Paranoia ☐ Convulsiones ☐ Pensamientos Suicidas ☐ Temblor / Temblando
- ☐ Alucinaciones Visuales

Urinario

- ☐ Moja la Cama ☐ Titubeo ☐ Infección ☐ Enfermedad Renal ☐ Piedra Renal ☐ Fugas / Incontinencia
- ☐ Dolor / Ardor ☐ Urgencia

Digestión

☐ Espasmos Anales ☐ Dientes Malos ☐ Encías Sangrantes

Hinchazón: ☐ del Abdomen Inferior ☐ del Abdomen Entero ☐ Después de Comidas

☐ Sangre en Heces ☐ Eructos ☐ Úlceras Bucales ☐ Herpes Labiales ☐ Estreñimiento

☐ Agrietamiento en las Esquinas de los Labios ☐ Masticación Deficiente con Dentaduras

☐ Diarrea ☐ Dificultad para Tragar ☐ Boca Seca ☐ Flatulencia ☐ Fisuras

☐ Alimentos "Se Repiten" (Reflujo) ☐ Acidez ☐ Hemorroides

Intolerancia a: ☐ Lactosa ☐ Todos los Lácteos ☐ Gluten (Trigo) ☐ Maíz ☐ Huevos

☐ Alimentos Grasos ☐ Levadura

☐ Enfermedad del Hígado / Ictericia ☐ Dolor Abdominal Inferior ☐ Moco en Heces ☐ Náuseas

☐ Enfermedad Periodontal ☐ Lengua Dolorida ☐ Olor Fuerte a Heces ☐ Alimento No Digido en Heces

☐ Dolor Abdominal Superior ☐ Vómitos

Respiratorio

☐ Mal Aliento ☐ Mal Olor en la Nariz ☐ Tos Seca ☐ Tos Productiva ☐ Fiebre del Heno ☐ Primavera

☐ Verano ☐ Otoño ☐ Invierno ☐ Cambio de Estación ☐ Ronquera ☐ Alufamiento Nasal ☐ Nariz Goteando

☐ Plenitud Sinusal ☐ Infección Sinusal ☐ Ronquidos ☐ Dolor de Garganta ☐ Sibilancias ☐ Ahogo Invernal

Uñas

☐ Suaves

Adelgazamiento de: ☐ Uñas de los Dedos de los Pies ☐ Uñas de las Manos ☐ Manchas Blancas / Líneas

Ganglios Linfáticos

☐ Agrandados / Cuello ☐ Sensible / Cuello ☐ Otros Ganglios Linfáticos Agrandados o Sensibles

Sequedad de Piel

☐ Ojos ☐ Pies ☐ Agrietamiento ☐ Peladura

Cabello

☐ Y ¿Incontrolable? ☐ Manos ☐ Agrietamiento ☐ Peladura

Boca / Garganta

☐ Cuero Cabelludo ☐ Caspa ☐ Piel en General ☐ Garganta

Problemas de Piel

☐ Acné ☐ En Espalda ☐ En Pecho ☐ En Cara ☐ En Hombros ☐ Pie de Atleta

☐ Bultos en Espalda de Brazos Superiores ☐ Celulitis ☐ Círculos Oscuros Bajo los Ojos

☐ Oídos Se Ponen Rojos ☐ Moretones Fáciles ☐ Eczema ☐ Herpes - Genital ☐ Urticaria ☐ Comezón

☐ Piel Pegajosa ☐ Moles con Color / Cambio de Tamaño ☐ Piel Aceitosa ☐ Piel Pálida ☐ Psoriasis

☐ Erupción ☐ Cara Roja ☐ Sensible a las Mordeduras ☐ Sensible al Roble Venenoso / Hiedra / Zumaque

☐ Herpes Zóster ☐ Cáncer de Piel ☐ Piel Oscurecida ☐ Olor Corporal Fuerte ☐ Calos Gruesos

☐ Vitíligo

Comezón en Piel

☐ Ano ☐ Brazos ☐ Canales del Oído ☐ Ojos ☐ Pies ☐ Manos ☐ Piernas ☐ Pezones ☐ Nariz

☐ Genitales ☐ Techo de la Boca ☐ Cuero Cabelludo ☐ Piel en General ☐ Garganta

Reproductivo Femenino (Omita si es Hombre)

☐ Quistes en Senos ☐ Bultos en Senos ☐ Sensibilidad en Senos ☐ Quiste Ovárico

☐ Libido Bajo (Impulso Sexual) ☐ Endometriosis ☐ Fibroides ☐ Infertilidad ☐ Secreción Vaginal

☐ Olor Vaginal ☐ Comezón Vaginal ☐ Dolor Vaginal

Premenstrual: ☐ Hinchazón ☐ Sensibilidad en Senos ☐ Ansia de Carbohidratos

☐ Ansia de Chocolate ☐ Estreñimiento ☐ Sueño Disminuido ☐ Diarrea ☐ Fatiga ☐ Sueño Aumentado

☐ Irritabilidad

Menstrual: ☐ Calambres ☐ Periodos Pesados ☐ Periodos Irregulares ☐ Sin Periodos ☐ Periodos Escasos

☐ Manchado Entre

Reproductivo Masculino (Omita si es Mujer)

☐ Secreción del Pene ☐ Problema de Eyacuación ☐ Dolor Genital ☐ Impotencia ☐ Infección

☐ Bultos en Testículos ☐ Libido Bajo (Impulso Sexual Bajo)

Medicamentos Actuales

Medicamento	Dosis	Fecha de Inicio	Razón de Uso

Suplementos Actuales

Suplemento	Dosis	Fecha de Inicio	Razón de Uso

Suplementos Actuales

¿Los medicamentos o suplementos le han causado efectos secundarios inusuales o problemas?

☐ Sí ☐ No Si sí, describa: _____

¿Ha usado alguno de estos regularmente o por mucho tiempo?

Tylenol (Acetaminofén)? ☐ Sí ☐ No

AINes (Advil, Aleve, etc.), Motrin, Aspirina? ☐ Sí ☐ No

Fármacos Bloqueadores de Ácido (Zantac, Prilosec, Nexium, etc.)? ☐ Sí ☐ No

¿CUÁNTAS VECES HA TOMADO ANTIBIÓTICOS?

Infancia: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

Adolescencia: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

Adulthood: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

¿Ha tomado antibióticos a largo plazo? ☐ Sí ☐ No Si sí, explique: _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TOMADO ESTEROIDES ORALES (CORTISONA, PREDNISONA, ETC.)?

Infancia: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

Adolescencia: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

Adultez: ☐ <5 ☐ >5 Razón de Uso: _____

Evaluación de Preparación y Metas de Salud

CALIFIQUE EN UNA ESCALA DE 1 (NO DISPUESTO) A 5 (MUY DISPUESTO):

Para mejorar su salud, ¿qué tan dispuesto está a:

	1	2	3	4	5
Modificar significativamente su dieta					
Tomar varios suplementos nutricionales cada día					
Llevar un registro de todo lo que come cada día					
Modificar su estilo de vida (p.ej., demandas laborales, hábitos de sueño)					
Practicar una técnica de relajación					
Realizar ejercicio regular					

CALIFIQUE EN UNA ESCALA DE 5 (MUY SEGURO) A 1 (NADA SEGURO):

¿Qué tan seguro está de organizar y seguir adelante con las actividades anteriores? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Si no está seguro de su capacidad, ¿qué aspectos de usted mismo o de su vida le hacen cuestionar su capacidad para seguir adelante? _____

CALIFIQUE EN UNA ESCALA DE 1 (MUY NO APOYADOR) A 5 (MUY APOYADOR):

En el presente, ¿qué tan apoyadores cree que serán las personas en su hogar para implementar los cambios anteriores? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

CALIFIQUE EN UNA ESCALA DE 5 (CONTACTO MUY FRECUENTE) A 1 (CONTACTO MUY INFRECUENTE):

¿Cuánto apoyo continuo de nuestro personal profesional sería útil para usted mientras implementa su programa de salud personal? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Comentarios: _____

Cualquier información adicional que desee compartir:

[illegible]

Notas del Entrenador de Salud:

[illegible]

THE REGENERATIVE
PROJECT