

DATOS INICIALES PARA EL PACIENTE DE PRIMERA VEZ

Llenar con letra clara y legible, sin abreviaturas

Número de expediente (este se asigna en la consulta): _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre completo sin abreviaturas: _____

CURP: _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año sin abreviaturas): _____

Teléfono: _____ móvil o fijo. Email: _____

Dirección completa con código postal:

Nombre y número telefónico de contacto alternativo para emergencias (familiar o cercano de mucha confianza):

¿Cómo se enteró de nuestros servicios? Marca la respuesta: Internet, Tienda Naturavis, Familiar o Amigo (Nombre de la persona: _____) Otro: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Tipo de trabajo: _____

Grupo y Rh Sanguíneo (circula tu respuesta): A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-

Estado civil: soltero(a) casado(a) unión libre viudo(a) divorciado(a) otro: _____

Cuenta con seguro: no si cual: _____

Motivo de tu visita:

¿Qué experiencias previas ha tenido con la medicina alopática (farmacológica)?

¿Qué experiencias previas ha tenido con la medicina alternativa o naturista?

Antecedentes Heredo Familiares

Enfermedades	pasadas	presentes	Mencionar que familiares las han tenido
Cardiopatías (enfermedades del corazón)	()	()	_____
Hipertensión (tensión arterial alta)	()	()	_____
Cáncer (Tumores)	()	()	_____
Diabetes (azúcar elevada)	()	()	_____
Enfermedades pulmonares (asma, etc)	()	()	_____
Enf. Hepáticas (hepatitis, cirrosis, etc)	()	()	_____
Enf. digestivas (gastritis, colitis, etc)	()	()	_____
Convulsiones o epilepsia	()	()	_____
Enf de tiroides (bocio, hipo o hiper, nódulos)	()	()	_____
otras _____	()	()	_____
otras _____	()	()	_____
otras _____	()	()	_____
otras _____	()	()	_____

Antecedentes Personales No Patológicos

¿Usa medicina alternativa? Si No ¿Cuáles terapias usa (marcar)? Homeopatía, acupuntura, biomagnetismo, naturismo, herbolaria, complementación nutricional, otras:

¿Baño diario? Si No ¿Practica algún deporte? Si No ¿Si sí, cuál? _____

¿Horas a la semana? _____ ¿Horas por sesión deportiva? _____

Tipo de dieta: vegana, vegetariana, ovolactovegetariana, omnívora (mixta), carnívora, cetogénica, dieta del grupo sanguíneo, otra: _____

¿Toma refresco? _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

Antecedentes Personales Patológicos

Reacción alérgica a medicamentos o alimentos o sustancias diversas:

Sustancia o medicamento o alimento Reacciones/intolerancias

_____	:	_____
_____	:	_____
_____	:	_____
_____	:	_____
_____	:	_____

Antecedentes quirúrgicos (marca las respuestas afirmativas):

Apendicectomía (extracción de apéndice) Histerectomía (extracción de útero)

Nefrectomía izquierda o derecha (extracción de riñón izquierdo o derecho)

Colecistectomía (extracción de vesícula biliar) Hernio plastía (corrección de hernia)

Otras y explica complicaciones de procedimientos quirúrgicos que hayas tenido:

Tabaquismo ¿cuántos cigarros al día o a la semana o al mes?

¿Cuánto tiempo has fumado? _____

¿Hace cuánto tiempo dejaste de fumar (si fuese el caso)? _____

Alcoholismo

Cantidad de bebida en ml. o litros: _____ Tipo de bebida: _____

Frecuencia: diario semanal mensual otro: _____

Fecha de última ocasión que tomó bebidas alcohólicas: _____

Drogadicción (se incluye la cafeína y el azúcar que puede venir en refrescos de cola, etc.):

Tipos de droga y cantidad:

Frecuencia: _____

Fecha de última ocasión que se drogó: _____

Nota: la cafeína y el azúcar se consideran drogas, ya que al dejar de consumirlas se produce una abstinencia semejante a la de cualquier otra droga.

Hábitos de descanso: ¿Cuántas horas duermes? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ¿Qué calidad le pondrías a tu sueño? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ¿Cuánto tiempo dedicas a las actividades recreativas (horas)? 1 2 3 +__

Describe lo que te estresa en tu vida diaria y la causa de ello.

¿Qué hace para relajarse?

¿Cómo están tus relaciones familiares, laborales y sociales (describe brevemente tus conflictos de relación)?

¿Te apasiona tu trabajo?: SI NO ¿Qué es lo que realmente te apasiona? (describe brevemente tu pasión y tu trabajo idóneo)

¿Cuánto tiempo dedicas a tu trabajo? 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13 horas

¿Cuánto tiempo dedicas a tu familia diariamente? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13 horas

¿Qué tan dispuesto estás para realizar los cambios de vida necesarios? nada poco mucho

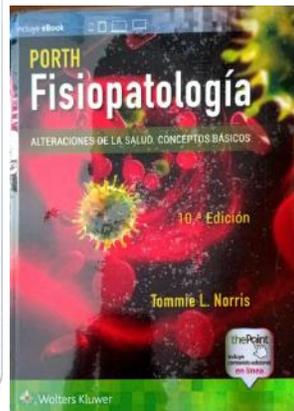
“Recuerda que toda ganancia implica una pérdida” ¿que tan dispuesto estás a perder todos aquellos vicios y malos hábitos que te están enfermando? nada poco mucho

¿Qué tan dispuesto estás a tratarte con terapias psicológicas? nada poco mucho

¿Qué expectativa tienes con tu visita? _____

CUADRO 7-1 PROBLEMAS DE SALUD QUE PODRÍAN SER INDUCIDOS POR EL ESTRÉS

- Alteraciones del estado de ánimo
- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- Trastornos alimentarios
- Trastornos del sueño
- Diabetes mellitus de tipo 2
- Hipertensión
- Infección
- Exacerbación de alteraciones autoinmunitarias
- Problemas gastrointestinales
- Dolor
- Obesidad
- Dermatitis
- Cáncer
- Aterosclerosis
- Migraña



CONSIDERACIONES GERIÁTRICAS

- Un sentido de coherencia puede ayudar a los cuidadores de adultos mayores frágiles a sobrellevar su estrés crónico. La *coherencia* se define como un sentimiento confiable que se centra en los factores en lugar de en una enfermedad que ayuda a comprender los sucesos de la vida y cómo tratarlos, sabiendo que tienen un significado.³⁸
- Los factores estresantes asociados con el envejecimiento incluyen preocupaciones financieras, muerte de seres queridos, dificultades con la independencia del autocuidado y jubilación.³⁹
- Una buena nutrición puede reducir los efectos negativos del estrés en el sistema inmunitario.⁴⁰
- Se piensa que el estrés crónico acelera el envejecimiento biológico; el aumento en las concentraciones de interleucina 6 relacionados con el estrés indica la presencia de estrés subclínico.⁴⁰

“Cuando no somos capaces ya de cambiar una situación, nos enfrentamos al reto de cambiar nosotros mismos.” Viktor Emil Frankl

Antecedentes gineco-obstétricos (solo en caso de paciente femenino)

¿Ha sufrido algún tipo de abuso físico y/o sexual? _____

Menarca (edad de primera menstruación): _____ Edad de Inicio de actividad sexual _____

No. Parejas sexuales total (sin pena): _____

No. Gesta (embarazos) _____

No. Partos (vaginales) describe si hubo algún parto vaginal complicado _____

No. Cesáreas: cantidad y causas _____

Abortos: cantidad y causas _____

No. De Hijos vivos y no vivos (causas de fallecimiento) _____

Ritmo menstrual regular o irregular

Fecha De Última Menstruación: _____

Método Anticonceptivo: tipos y tiempos empleados en cada uno de ellos si es posibles fechas de inicio y retiro (si fuese el caso).

Número de micciones durante el día: _____ **Número de micciones por la noche:** _____

Antecedentes personales para el sexo masculino:

¿Ha sufrido algún tipo de abuso físico y/o sexual? _____

No. Parejas sexuales total (sin pena): _____

Número de micciones durante el día: _____ **Número de micciones por la noche:** _____

ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS (PARA TODOS) pregúntales a tus padres.

Forma de nacimiento y complicaciones: parto vaginal, parto cesáreo, circular de cordón, otras:

Peso al nacer: _____ **kg.** **Longitud al nacer:** _____ **cm.** **Lugar de nacimiento:** _____

Tiempo de lactancia: _____

"Cómo un Ave que acaba de ser mojada por las tempestades del camino, y que es capaz de esperar para poder secarse con la Luz del Sol y la de su propio Sol interior, en armonía con la cálida Luz de sus cercanos, para poder volver a emprender el vuelo de la hermosa Libertad, pero ahora con un aprendizaje más, aceptando su destino y disfrutando cada maravilloso momento de el más bello regalo que es la vida que vale la pena ser vivida con Sentido"

Un Sencillo Espejo

Médico Manuel Francisco López Melgar.

