

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

NOMBRE

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

I.D

EDAD

F. NAC.

SEGURO

MÉDICO

OCUPACIÓN

ALTURA

PESO

CINTURA

¿QUÉ TE PREOCUPA MÁS SOBRE TU SALUD?

HISTORIAL MÉDICO

ENFERMEDADES, TRAUMAS, CIRUGÍAS, INGRESOS HOSPITALARIOS, PROBLEMAS DE SALUD QUE HAYA TENIDO Y HAYA TRATADO A LO LARGO DE SU VIDA, INCLUYENDO LA INFANCIA.

MEDICACIÓN ACTUAL

MEDICACIÓN PREVIA A LARGO PLAZO

SUPLEMENTOS NATURALES QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE

ALERGIAS / INTOLERANCIAS

ESPECIFIQUE REACCIONES Y TRATAMIENTO

HISTORIAL GINECOLÓGICO (SI CORRESPONDE).

PRIMERA MENSTRUACIÓN, REGULARIDAD, TRATAMIENTOS, EMBARAZOS, PARTOS, ABORTOS, ÚLTIMA REVISIÓN GINECOLÓGICA, CONTROL DE MAMAS, CONTROL DE VPH, MIOMA, MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA, OVARIO POLIQUÍSTICO, SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM), CANDIDIASIS VAGINAL, OTROS.

SISTEMA UROGENITAL.

HISTORIA DE CÓLICOS RENALES (NEFROLITIASIS), INFECCIONES URINARIAS (CISTITIS, URETRITIS), HIPERPLASIA U OTROS PROBLEMAS DE PRÓSTATA, LIBIDO/DESEO SEXUAL, CALIDAD DE SU FUNCIÓN/DESEMPEÑO SEXUAL

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PRESIÓN ARTERIAL, RITMO CARDÍACO (TAQUICARDIAS, ARRITMIAS, HISTORIAL E INCIDENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR, HIPERCOLESTEROLEMIA, PATOLOGÍA CARDÍACA, INSUFICIENCIA VENO-LINFÁTICA).

MIGRAÑAS/DOLORES DE CABEZA, VÉRTIGO, MAREOS.

FRECUENCIA, DURACIÓN, CAUSAS, TRATAMIENTOS.

CONDICIÓN DE LA PIEL

PIEL SECA, SENSIBLE, GRASA, PROBLEMAS DE ACNÉ, ROSÁCEA, DERMATITIS ATÓPICA, ECZEMA, URTICARIA CON ERUPCIONES, PICAZÓN SIN ERUPCIÓN, PSORIASIS, VITILIGO, ESTRÍAS ROJAS O BLANCAS.

OTORRINOLARINGOLOGÍA Y SISTEMA RESPIRATORIO

FUMAR, SINUSITIS, FARINGITIS, AMIGDALITIS, AFONÍA, LARINGITIS, BRONQUITIS, NEUMONÍA, ASMA.



ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

ECOGRAFÍA, RM, TC, - RESULTADO Y FECHA

SISTEMA DIGESTIVO

APETITO, PROBLEMAS PARA TRAGAR, REFLUJO, DOLOR DE ESTÓMAGO, DIGESTIÓN PESADA Y LENTA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, METEORISMO, TRÁNSITO INTESTINAL: TENDENCIA A DIARREA/ESTREÑIMIENTO (FRECUENCIA), CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES. HEMORROIDES. DOLOR ABDOMINAL: DIFUSO, CALAMBRES, RUIDOS, ETC.

EJEMPLOS DE TU DIETA ACTUAL.

DESAYUNO / ALMUERZO / CENA / MERIENDAS / LÍQUIDOS / ALCOHOL

¿ALGUNA VEZ HAS ESTADO A DIETA?

¿EXPERIMENTAS ANTOJOS?

POR EJEMPLO AZÚCAR, CAFÉ, REFRESCOS, TABACO U OTRA COMIDA/SUSTANCIA? POR FAVOR ESPECIFICA

DEPORTE Y EJERCICIO FÍSICO QUE REALIZAS

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

¿TIENES ALGUNA DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN FÍSICA? ARTRITIS, OSTEOARTRITIS, TENDINITIS, PROBLEMAS DE ESPALDA, PROBLEMAS POSTURALES, PRÓTESIS, CIRUGÍAS, OTROS COMENTARIOS

CALIDAD DEL SUEÑO

ESPECIFIQUE CUALQUIER TRASTORNO DEL SUEÑO

MEMORIA, CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN

¿CANSANCIO O FATIGA CRÓNICA? ¿EN QUÉ SITUACIONES?

EVALUACIÓN DE TU PROPIA PERSONALIDAD

NERVIOSO/A, IRRITABLE, EXPLOSIVO/A, PERFECCIONISTA, CONTROLADOR/A, DESORDENADO/A, PROPENSO/A A LA ANSIEDAD, CAMBIOS DE HUMOR, SOMATIZA EL ESTRÉS (COMIENDO), TENSION EMOCIONAL CONSTANTE (FAMILIA, TRABAJO, PERSONAL), APÁTICO/A, POCO INTERÉS Y DESEOS DE HACER COSAS, PERSONA SOCIAL, PERSONA SOLITARIA, OTROS COMENTARIOS...

COMENTARIOS ADICIONALES

¿CÓMO NOS HAS CONOCIDO?