

HISTORIA DEL BIENESTAR

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

1) Tiene? ¿O ha tenido, cualquiera de los siguientes en los últimos 6 meses?

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Migrañas/Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de codo/muñeca/mano | <input type="checkbox"/> Disco herniado/degenerado |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Estenosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de media espalda | <input type="checkbox"/> Hormigueo / Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Mareo / Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/ hombro | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Latigazo | <input type="checkbox"/> Ciática | <input type="checkbox"/> Síndrome de la pierna Inquieta |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Cadera/ dolor de pierna | <input type="checkbox"/> Trastorno de Temblor |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla/Tobillo/Pie | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Senos paranasales/Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Otra condición: _____ | | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica / Cansancio |

¿Cuál de los anteriores es el peor? _____

¿Cuándo tuvo esta condición por primera vez? _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Cuánto dura cuando lo tienes? _____

¿Dónde está ubicado exactamente? _____

¿Qué tipo de dolor es? Agudo Recurrente Ardiente Adolorido Otro _____

¿Radia o viaja a cualquier parte? _____

Esta este problema: Empeorando Permanece igual Mejorando, por favor explique:

Explice cómo se siente esta condición en el peor momento: _____

¿Qué tipo de actividades empeoran este problema? (sentarse, pararse, hacer deporte, hobby)

¿Hay algo que ayuda temporalmente a esta condición? _____

¿Siente que esta condición desaparecerá por si sola y no regresara? Si No

¿Cuál de los anteriores es el segundo peor? _____

¿Cuándo tuvo esta condición por primera vez? _____

¿Con que frecuencia lo tienes? _____

¿Cuánto dura cuando lo tienes? _____

¿Dónde está ubicado exactamente? _____

¿Qué tipo de dolor es? Agudo Recurrente Ardiente Adolorido Otro _____

HISTORIA DEL BIENESTAR

Respecto a este Segundo problema: ¿Radia o viaja a cualquier parte? _____

Explique cómo se siente esta condición en el peor momento: _____

¿Qué tipo de actividades empeoran este problema? (sentarse, pararse, hacer deporte, hobby) _____

¿Hay algo que ayuda temporalmente a esta condición? _____

¿Siente que esta condición desaparecerá por si sola y no regresara? Si No

2) Describa como la condición(es) le afectan cuando están en su peor momento:

- Malhumorado(a) Irritable Perdida de paciencia Menos divertido(a)
- Tener que acostarse Siente nauseas Restringido en movimientos
- Ayudar menos en casa No querer hacer nada Otro _____
- Interrumpe el sueño- Explique _____
- Restringe actividades diarias- Explique _____
- Dificultad las actividades recreativas- Explique _____
- No tiene ningún efecto en mi

3) Desde la primera vez que empezó a sufrir de estos problemas, ¿qué has intentado hacer para deshacerte de ellos, que no le haya funcionado permanentemente?

- Medicamentos recetados: Resultados: _____
- Inyecciones: Resultados _____
- Medicina sin receta: Resultados: _____
- Cirugía: Resultados _____
- Masaje: Resultados _____
- Ejercicio: Resultados _____
- Terapia física: Resultados: _____
- Quiropráctica: Resultados: _____
- Acupuntura: Resultados: _____
- Remedios Caseros: Por favor explique: _____
- Otro: Por favor explique: _____

4) Estas viendo actualmente a:

a) Algún especialista? ¿O algún proveedor de cuidado de salud?

¿Dónde?: _____ Desde: _____

¿Dónde?: _____ Desde: _____

b) Quiropráctico? Si No Para?: _____

Si No: Alguna vez has? Cuando: _____ Le ayudo? _____

¿Alguna vez ha recibido tratamientos de descompresión espinal? Si No

c) Fisioterapeuta? Si No Para? _____

Alguna vez has? Cuando: _____ Le Ayudo? _____

HISTORIA DEL BIENESTAR

5) **¿Hay algo más que estos problemas le impidan hacer, ya sea totalmente? ¿O parcialmente que realmente te gustaría volver a hacer?** Si No

Por favor explique:

6) **Cual es su ocupación actual u ocupación pasada (si este jubilado/a)?** _____
¿Qué tipo de trabajo se realiza (levantar, sentarse, pararse, etc.)?

7) **¿Si trabaja, es usted menos productivo/a en su trabajo debido a estos problemas de salud?**

Si No

¿Disfrutas menos de tu trabajo debido a estos problemas? Si No

¿Tienes que tomar más descansos? Si No

8) **La sanación ocurre cuando estas dormido y el sueño es esencial para un sistema inmunológico adecuado. Tener problemas para dormir es factor que complica la sanación.**

Has tenido:

1) Problemas para dormir debido a esta incomodo/a Si No

2) Suficiente sueño reparador? Si No

3) Despierta en medio de la noche? Si No

4) Te despiertas más de lo normal? Si No

9) **Cuando fue la última vez que se levantó sintiéndose bien?** _____

10) **¿Este problema está afectando negativamente sus relaciones con sus seres queridos, colegas u otros?** Si No

11) **Has tenido que aprender a vivir con estos problemas?** Si No

12) **Siente que la calidad de su vida ha disminuido como resultado de estos problemas?** Yes No

13) **¿Si estos problemas no se tratan, cree que empeoraran?** Si No

Como crees que te afectaria? _____

(¿desarrollar artritis? ¿Quedar postrado en cama? ¿O volverse incapaz de funcionar normalmente? etc.)

14) **Comparando su salud con la de hace 5 a 10 años? ¿Siente que su salud general esta?**

HISTORIA DEL BIENESTAR

Marque cualquier otra condición o síntoma que tenga o tuvo recientemente:

| <u>CONDICION</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>CONDICION</u> | <u>Frecuencia</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD – problemas de apendizaje | | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | |
| <input type="checkbox"/> Alergias- comida | | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | | <input type="checkbox"/> Hipersomnia (dormir demasiado) | |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar) | |
| <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis | | <input type="checkbox"/> Hemorroides | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa de las articulaciones | | <input type="checkbox"/> Insomnio | |
| <input type="checkbox"/> Asma/ Enfisema | | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca irregular | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | | <input type="checkbox"/> Calambres/ dolor en las articulaciones | |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | | <input type="checkbox"/> Problemas de rinon | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | | <input type="checkbox"/> Disminucion de libido | |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon | | <input type="checkbox"/> Problemas hepaticos | |
| <input type="checkbox"/> Presion arterial baja/ alta | | <input type="checkbox"/> Baja Resistencia a las infecciones | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis/ tos/ problemas respiratorios | | <input type="checkbox"/> Hombre= Problema de prostate/Impotencia | |
| <input type="checkbox"/> Candida Albicans/ Infecciones por hongos | | <input type="checkbox"/> Mujer= Menopausia/Sofocos | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/ Neumonía | | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | |
| <input type="checkbox"/> Resfriados (cronicos)/ dolor de garganta | | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteopenia | |
| <input type="checkbox"/> Estrenimiento | | <input type="checkbox"/> Sobre/ Bajo peso | |
| <input type="checkbox"/> Depresion | | <input type="checkbox"/> PMS / Problemas menstruales/ calambres | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de estómago/Nauseas <input type="checkbox"/> Ulceras | | <input type="checkbox"/> Mala circulación/manos o pies fríos | |
| <input type="checkbox"/> Diarrea/Colitis/Gases | | <input type="checkbox"/> Soriasis | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oido/ dolores de oido | | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Problemas oculares/dificultas de vision | | <input type="checkbox"/> Herpes | |
| <input type="checkbox"/> Edema/retencion de agua (pies hinchados) | | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | | <input type="checkbox"/> Marcapasos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuando: | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía fallida: espalda/cuello/muneca | | <input type="checkbox"/> Trastornos de la | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | | <input type="checkbox"/> Rigidez | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de bilis (vesicula) | | <input type="checkbox"/> Articulacion temporomandibular | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de audicion | | <input type="checkbox"/> Venas varicosas (varices) | |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca rapida/arritmia | | <input type="checkbox"/> Debilidad o calambres en las piernas | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca- Enfermedad Cardio | | <input type="checkbox"/> Aumento de peso-Pérdida de peso | |

Marque cualquier otra queja o inquietud de la que desearía poder deshacerse, incluso si no necesariamente piensa que sea algo con lo/a que podríamos ayudar: _____

¿Fuma usted? No Si- Cuanto? _____ Usted toma alcohol? No Si- Cuanto? _____

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>¿Qué medicamentos recetados está tomando actualmente?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué medicamentos de venta libre está tomando?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué vitaminas o suplementos estas tomando?</p> | <p>Do you have a history of:</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer? Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Piedras de la Visicula? Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ataque al Corazon? Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Derrame Cerebral? Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugia?</p> <p style="margin-left: 20px;">*De _____ Fecha _____</p> <p style="margin-left: 20px;">*De _____ Fecha _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

HISTORIA DEL BIENESTAR

POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE PAGINA

- 1) Tomas varias vitaminas, minerales, hierbas o remedios homeopáticos sin estar absolutamente Seguro/a de lo que realmente necesita? Si No
- 2) ¿Alguna vez haz hecho pruebas para saber que vitaminas o minerales necesita? Si No
- 3) ¿Sabías que tomar vitaminas, minerales, y hierbas podrían causar deficiencias nutricionales? Si No
- 4) ¿Tienes problemas para perder peso, y mantener el peso? Si No
- 5) ¿Comes menos que antes pero aún no puedes perder peso? Si No
- 6) Te gustaría saber si tiene el metabolismo lento que le está causando cansancio, aumento de peso, ¿o dificultad con perder de peso? Si No
- 7) ¿Te gustaría saber cómo desacelerar su proceso de envejecimiento de forma natural? Si No
- 8) ¿Te gustaría saber si existen deficiencias o desequilibrios nutricionales que le estén causando algún problema de salud? Si No
- 9) ¿Te gustaría saber cuáles son los mejores alimentos para USTED según su examen de salud? Si No
- 10) Te gustaría saber cómo reducir sus riesgos de Ataques al corazón, Derrame cerebral, ¿y otras condiciones graves? Si No
- 11) ¿Te gustaría ver un video corto que le explique el programa para encontrar la respuesta a estas preguntas? Si No