

Nombre del cliente:

Haga una lista de las alergias que tiene:	
Sí	No
1	Alergias (especificar):
Haga una lista de los medicamentos que toma:	
Sí	No
	Medicamentos (especificar):
	1.
	2.
	3.
	4.
¿Tiene alguna de las siguientes características?	
Sí	No
	ADD
	Alcoholismo o abuso de drogas
	Alergias
	Ansiedad / Depresión
	Asma
	Cáncer (Especifique el tipo)
	Cardiovascular / Enfermedad cardíaca
	Defecto cardíaco congénito
	Diabetes
	Diverticulosis del colon
	Epilepsia o Convulsiones
	Hepatitis
	Hiperlipidemia
	Hipertensión
	Enfermedad de Lyme
	Neumonía
	Nacimiento prematuro
	Enfermedad de células falciformes
	Rasgo de células falciformes
¿Se experimenta alguno de los siguientes síntomas HOY?	
Sí	No
	CONSTITUCIONAL
	Cambio de apetito
	Escalofríos
	Fatiga
	Fiebre
	Sudores
	Pérdida/ganancia de peso
	OJOS Y VISIÓN
	Visión borrosa o doble
	Lentes de contacto
	Descarga de los ojos
	Dolor de ojo
	OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, DIENTES
	Mareos
	Dolor de oído
	Congestión nasal
	Descarga de la nariz
	Estornudos
	Dolor de garganta
	CARDIOVASCULAR / CORAZÓN
	Dolor o presión en el pecho
	Desmayos
	Latidos irregulares del corazón
	RESPIRATORIO / PULMONES
	Congestión
	Tos
	La falta de aliento
	Sibilancias
	SISTEMA GASTROINTESTINAL
	Dolor abdominal
	Diarrea
	Náuseas
	Cambios urinarios e intestinales
	Vómitos

Nombre del paciente:

¿Tiene alguno de los siguientes (Cont.)?	
Sí	No
	Golpe
	Problema de tiroides
	Úlcera
	Otro:
¿Ha tenido cirugías u operaciones?	
	Cirugías (especificar):
¿Su familia tiene alguna de las siguientes características?	
Sí	No
	El alcoholismo: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Cáncer: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Depresión/Ansiedad: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Diabetes: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Enfermedad cardíaca: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Presión arterial alta: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Golpes: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
	Abuso de sustancias: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano
¿Consumo alcohol, drogas o fuma?	
	Consumo de tabaco: ¿Cuánto? Un día.
	Consumo de alcohol: ¿Cuánto? Una semana.
	Uso de Drug: Drug: I
¿Está empleado?	
	¿Cuánto tiempo ha estado empleado? ¿Cuánto tiempo? Meses/Años
	¿Posición?
Historia menstrual (mujer):	
Sí	No
	¿Estás embarazada?
	¿Última fecha de menstruación?
	¿Última fecha de la prueba de Papanicolaou?
	¿La última fecha de la vacuna del tétanos?
GENITOURINARIO	
	Descarga
	Orinar con frecuencia
	Orinar de noche
	Orinar con dolor
MUSCULOESQUELETICO	
	Dolor en las articulaciones
	Dolor muscular
	Hinchazón
PIEL	
	Moretones
	Sarpullido / Picazón
	Enrojecimiento
	Llagas en la piel
NEUROLOGICO	
	Dolor de cabeza
	Ligereza
	Entumecimiento
	Mal equilibrio
	Hormigueo
	Debilidad
PSIQUIATRICOS	
	Ansiedad/Nervios
	Depresión
SISTEMA ENDOCRINO	
	Diabetes
	Hiper o hipotiroides
	Intolerancia al calor o al frío
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS/DE LA SANGRE	
	Infecciones frecuentes
	Glándulas inflamadas
SISTEMA INMUNITARIO	
	Fiebre del heno o alergias
	Alergias a los alimentos

Firma

Cita: