**Carlos Durana, Ph.D., M.Ac.**

| 4915 St. Elmo Ave., Suite 504 - Room 7CBethesda, MD 20814301-654-0800 | 2265 Cedar Cove CourtReston, VA 20191703-408-4965703-620-0420 (FAX) |
| --- | --- |

INTAKE FORM - I

**Formulario de Admisión de Paciente Nuevo** (Por favor escriba claramente) Fecha \_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_Edad\_\_ Sexo \_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Ciudad Estado Código Postal

Motivo de la visita de hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo ha tenido esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ La ha sufrido en el pasado? \_\_\_\_

De responder “si”, mencione cuándo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué la hace mejorar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué la empeora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su condición está… empeorando\_\_\_ mejorando\_\_\_ es constante\_\_\_ va y viene\_\_\_

De aplicar, circula un número para indicar tu nivel de dificultad.

 Mínimo = 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Extremo

Si tienes un diagnóstico, cuál es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico que lo diagnosticó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

Hay otros profesionales de la salud tratando esta condición? S / N \_\_\_\_\_

Estás bajo el cuidado de otro médico por otros problemas? (Mencionar problema y médico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué tipo de tratamientos has probado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué estaba ocurriendo en tu vida cuando comenzaron tus dificultades? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, describe cualquier evento(s) importante(s) que estaba ocurriendo en tu vida en ese momento o que haya ocurrido después y que contribuyó a tus dificultades\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, lista todos los medicamentos, hormonas, laxantes, hierbas, homeopáticos y suplementos vitamínicos que estás tomando y por cuál motivo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, menciona alergias a cualquier medicamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Historia Médica**

Fecha de tu último examen físico \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quién lo realizó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cirugías y fechas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Accidentes, hospitalizaciones y traumas significantes con sus respectivas fechas: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tienes o has tenido (circula y menciona el año):

| SIDA, CRS o VIH | Fiebre Reumática | Cáncer |
| --- | --- | --- |
| Dislexia | Enfermedad de tiroides | Hepatitis |
| IDADHD | Hemofilia | Problemas del hígado |
| Enfermedades Sexualmente Transmitidas | Problemas de riñón o vejiga | Úlcera |
| Epilepsia | Polio | Depresión |
| Cálculos Biliares | Fiebre Escarlata | Ansiedad  |
| Pérdida de peso repentina | Neuralgia | Enfisema |
| Transfusiones de sangre | Hemorroides | Neumonía |
| Mononucleosis | Malaria | Eczema |
| Artritis | Ictericia | Urticaria/Erupción |
| Presión arterial alta | Rubéola | Bronquitis |
| Colesterol alto | Pancreatitis | Diverticulosis |
| Problemas cardíacos | Tuberculosis |  |

Alguna vez has tomado corticoesteroides suprarrenales (cortisona, prednisona, etc.)? S/N\_\_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuántos tratamientos con antibióticos has tenido? \_\_\_\_\_\_\_\_

Tienes empastes plateados de amalgama? \_\_\_\_\_\_\_\_

Historia inusual de Partos (parto prolongado, forceps, Cesárea, etc.)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista accidentes/cirugías y lugar de las cicatrices \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué vacunas te han colocado? Tétano (*lockjaw*) \_\_\_ Viruela \_\_\_ Diftéria \_\_\_

 Poliomelitis \_\_\_ Pertussis (tos ferina) \_\_\_ Rubéola (Sarampión) \_\_\_

 Gripe \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué vacunas te han colocado en el último año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Has viajado fuera del país. Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \*\*\* Por favor circula todas las que aplican y menciona el año en que ocurrieron \*\*\*

# **Historia Médica Familiar**

| Alcoholismo | Anemia | Enfermedad del hígado |
| --- | --- | --- |
| Alergia | Diabetes | Estómago/úlceras |
| Artritis | Epilepsia | Enfermedad Pulmonar |
| Gota | Enfermedad cardíaca | Problemas Psicológicos |
| Asma | Glaucoma | Derrame Cerebral |
| Cáncer/tumores | Presión alta | Enfermedades Genéticas |
| Enfermedad coronaria | Enfermedad del riñón |  |

# **Musculoesquelética**

| Rigidez/dolor de cuello | Dolor/rigidez Espalda media | Calambres pierna o pantorrilla |
| --- | --- | --- |
| Dolor del Omoplato | Dolor/rigidez Espalda baja | Dolor/rigidez del Tobillo |
| Dolor/rigidez de articulación del hombro | Dolor/rigidez de Sacroilíaca | Tobillos débiles |
| Dolor/rigidez brazo superior | Dolor/rigidez de Cadera | Entumecimiento y hormigueo en los pies |
| Dolor/rigidez en el Codo | Dolor en la pierna o muslo | Dolor/rigidez Pié o dedos |
| Dolor/rigidez en la Muñeca | Dolor de pantorrilla | Espasmo muscular |
| Dolor/rigidez Mano o Dedos | Piernas débiles | Debilidad Muscular |
| Entumecimiento y hormigueo en las manos | Dolor/rigidez de Rodillas | Parálisis |
| Dolor/rigidez Espalda superior | Rodillas débiles | Rigidez generalizada |

 El problema mejora con presión \_\_\_ calor \_\_\_ frio\_\_\_ otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 El problema se agrava con presión \_\_\_ calor \_\_\_ frio\_\_\_ otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Gastrointestinal**

| Estreñimiento | Sangre en las heces | Acidez estomacal |
| --- | --- | --- |
| Heces duras | Heces negras | Dolor/calambres abdomen inferior |
| Movimientos intestinales incompletos | Hemorroides | Dolor/calambres abdomen superior |
| Uso frecuente laxantes | Colitis | Indigestión |
| Diarrea | Diverticulitis | Ruidos en el estómago |
| Heces blandas | Parásitos | Mal aliento |
| Movimientos intestinales erráticos | Distensión Abdominal | Apetito excesivo |
| Heces fétidas | Gases (flatulencia) | Poco apetito |
| Alimentos no digeridos en las heces | Moco en las heces | Sed excesiva  |
| Hinchado | Hernia Hiatal | Náusea |
| Eructación | Úlcera | Vómitos |
| Incremento/pérdida de más de 10 libras | Dificultad para tragar |  |

### Con qué frecuencia vas al baño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Cardiovascular**

| Presión Alta | Enfermedad coronaria | Edema |
| --- | --- | --- |
| Presión Baja | Colesterol Alto | Hinchazón de las manos |
| Desmayos | Derrame Cerebral | Hinchazón de los pies |
| Arritmia cardíaca | Coágulo sanguíneo | Manos frías |
| Problemas válvulas cardíacas | Flebitis | Pies fríos |
| Latido cardíaco rápido/palpitaciones | Calambres en las piernas | Palmas manos calientes |
| Ataques de Vértigo | Venas Varicosas | Pies o suelas calientes |
| Dificultad Respiratoria | Moretones con facilidad | Generalmente con mucho calor |
| Angina o dolor de pecho | Anemia | Generalmente con mucho frio |

### **Piel y Cabellos**

| Erupciones/Salpullidos | Herpes Zoster (shingles) | Pies húmedos |
| --- | --- | --- |
| Urticaria | Furúnculos | Palmas húmedas |
| Picor  | Granos de acné | Hongos en la piel |
| Ardor en la piel | Úlceras o heridas | Hongos bajo las uñas |
| Eczema | Lunares recientes | Uñas frágiles o quebradizas |
| Psoriasis | Cambios recientes en lunares | Caída del cabello |
| Moretones fácilmente | Verrugas | Caspa |
| Sangra fácilmente | Piel Seca |  |

### Algún área adormecida? \_\_\_\_\_ Dónde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Ojos/Visión**

| Miopía | Ceguera Nocturna | Ojos acuosos |
| --- | --- | --- |
| Hipermetropía (Presbicia) | Sensibilidad a la luz | Ojos irritados |
| Astigmatismo | Visión borrosa | Ojos enrojecidos |
| Glaucoma | Manchas flotantes | Conjuntivitis |
| Cataratas | Presión detrás de los ojos | Usas lentes o contactos |
| Visión de aura | Dolor en los ojos | Ceguera |
| Visión doble | Ojos resecos | Infecciones en los ojos |

### **Sueño**

| Dificultad para dormirse, conectado | Despiertas durante la noche-mente vacía, ojos abiertos | Dificultad para despertar en la mañana |
| --- | --- | --- |
| Sueño superficial | Despiertas durante la noche-pensando  | Duerme con manta eléctrica |
| Alteración del sueño | Necesita tomar siestas | Duerme muy poco |
| Pesadillas  | Duerme demasiado | Duerme en cama de agua |
| Somnoliento (a) en la tarde | Ronquido | Despiertas cansado (a) |

### Cuántas horas duermes en un período de 24 horas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Urinario and Genital**

| Cantidad escasa o pequeña de orina | El flujo no para rápidamente | Dolor en los genitales |
| --- | --- | --- |
| Orina oscura | Goteo | Dolor durante el coito |
| Olor fuerte en la orina | Moja la cama | Baja energía sexual |
| Orina turbia | Dolor o ardor al orinar | Excesiva energía sexual |
| Cantidad abundante o grande de orina | Dolor en el área de la vejiga | No puede alcanzar Orgasmos |
| Orina clara | Sangre en la orina | Problemas de Próstata |
| Incapaz de retener la orina | Infección de vejiga | Conteo bajo de esperma |
| Urgencia para orinar | Infección renal | Eyaculación durante el sueño |
| Orina con frecuencia | Cálculos en los riñones | Eyaculación precoz |
| Dificultad para orinar | Bultos en los testículos | No puede mantener erección |
| Flujo de orina disminuido | Testículos dolorosos |  |

 Con qué frecuencia orinas en 24 horas? \_\_\_\_ Cuántas veces despiertas para orinar durante la noche? \_\_\_

 Algún otro problema con tu sistema urinario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



### **Embarazos y Ginecología**

| Número de embarazos  | Poco flujo | Fibromas uterinos |
| --- | --- | --- |
| Número de partos | Sangre de color claro/pálido  | Quiste en Ovarios |
| Partos prematuros | Períodos dolorosos | Quiste o Nódulos en las mamas |
| Abortos espontáneos | Endometriosis | Enfermedad pélvica inflamatoria |
| Abortos | Calambres antes de comenzar el período | Actualmente tiene un DIU |
| Partos difíciles | Calambres después de comenzar el período | Ha tenido un DIU |
| Cesáreas | Dolor de espalda con el período | Uso actual de Pastillas anticonceptivas |
| Edad de tus hijos | Manchas entre períodos | Uso previo de Pastillas anticonceptivas |
| Edad a la primera menstruación | Períodos irregulares | Otro método anticonceptivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Primer día de última menstruación | Irritabilidad Premenstrual | No puede mantener un embarazo |
| Duración del flujo | Sensibilidad emocional Premenstrual  | Tratando de embarazarme |
| Duración del ciclo | Tensión Premenstrual en las mamas | Infertilidad |
| Edad de la Menopausia | Distensión abdominal  | Embarazada |
| Edad cuando menstruaste por última vez | Premenstrual | Náuseas matutinas |
| Histerectomía Razón:  | Retención de líquidos Premenstrual  | Lactando |
| Ooforectomía Razón: | Dolor de cabeza Premenstrual | Coágulos: Morado oscuro Marrón oscuro Rojo |
| No he comenzado a menstruar | Estreñimiento/Diarrea Premenstrual | Flujo vaginal: Inodoro Olor fuerte y pardusco Blanco/parecido al queso Espumoso y abundante Picazón |
| Flujo irregular | Sofocos |  |
| Flujo fuerte | Citología anormal |  |

 Algún otro problema de embarazo o ginecológico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la última citología \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Respiratorio**

| Tos crónica | Flema amarillenta | Jadeo |
| --- | --- | --- |
| Tos seca | Flema con sangre | Asma, más difícil para exhalar |
| Tos ruidosa y constipada | Bronquitis | Asma, más difícil para Inhalar |
| Tos suelta | Neumonía | Asma, peor al exhalar |
| Flema gruesa, pegajosa | Dolor al respirar profundo | Refriados de pecho frecuentes |
| Flema acuosa | Dificultad respiratoria |  |
| Flema clara y blanca | Enfisema |  |

# **Cabeza, Oídos, Nariz, Boca, Garganta y Neurológico**

| Resfriados frecuentes | Cambios en la escritura | Boca seca |
| --- | --- | --- |
| Sinusitis | Dolor de cabeza | Saliva o babeo en exceso |
| Dolor facial | Migrañas | Mal sabor en la boca |
| Quijada tensa o crujidos (TMJ) | Congestión de oídos | Cambios en el gusto |
| Rechinar los dientes | Dolor de oídos | Heridas en la lengua |
| Caries frecuentes | Zumbido en los oídos | Heridas en la boca (aftas) |
| Problemas de encías | Dificultad para oír | Heridas en los labios (ampolla febril) |
| Sangrado de encías | Mareos | Dificultad para tragar |
| Prótesis dental | Sordera | Nódulo o fisura en la garganta |
| Mareos o pérdida del balance | Congestión nasal | Dolor de garganta |
| Contusión | Secreción nasal | Nódulos linfáticos hinchados |
| Temblores | Sangrados nasales | Amigdalitis |
| Convulsiones | Estornudos | Faringitis |
| Debilidad  | Alergias |  |
| Adormecimiento  | Disminución del sentido del olfato |  |

# **General**

| Simple Resfriado | Ictericia | Pérdida de peso reciente |
| --- | --- | --- |
| Gripe  | Inflamación de las axilas y las ingles | Aumento reciente de peso |
| Fiebre recurrente | Anemia | Con frecuencia sediento  |
| Escalofríos | Fatigado siempre | Raramente sediento |
| Sudores nocturnos | Se fatiga fácilmente | Uso de alcohol |
| Transpira fácilmente con o sin esfuerzo | Caída repentina de energía | Fuma |
| Raramente transpira | Drogas fuertes o recreativas |  |

#### **Emocional**

| Depresión  | Cambios de humor | Llanto frecuente |
| --- | --- | --- |
| Sentimientos suicidas | Episodios maníacos | Ansiedad o miedo |
| Rabia o irritación frecuentes | Obsesivo o Compulsivo | Indecisión |
| Tendencia a reprimir emociones | Tristeza o luto | Dificultad para manejar el stress |
| Soledad | Pierde el temperamento fácilmente | Dificultad para Relajarse |
| Sueños o pensamientos aterradores | Falta de concentración o memoria | Timidez o sensibilidad |
| Dificultad para el sexo | Preocupación excesiva | Desea ayuda psiquiátrica |

Alguna vez has sufrido abuso emocional, físico o sexual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguna vez has sido tratado por problemas emocionales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Has tenido recientemente alguna experiencia inusualmente estresante (divorcio, muerte de algún ser querido, bancarrota, desempleo, enfermedad, daño o lesión, etc.)? Describir.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existe un estrés constante en tu vida, en el trabajo, con tu familia, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algún otro problema emocional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emociones**

1. **Rabia/Frustración**. Puedes expresar tu rabia? Estás a menudo al borde y te enojas fácilmente, o eres más del tipo de persona que tiene dificultad para expresar sus sentimientos de rabia. Describir brevemente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Alegría**. Te ríes con frecuencia durante momentos inapropiados o te ríes muy frecuentemente. O tiendes a tener dificultad expresando alegría y risas. Describir brevemente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Comprensión**. Tiendes a buscar la comprensión de otros cuando enfrentas algún problema o dolor, o eres incapaz de aceptar la comprensión de los otros. Tiendes a ser demasiado compasivo o comprensivo con los demás, o es lo contrario. Describir brevemente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Duelo/Pérdida.** Puedes llorar, tienes dificultad para llorar independientemente de la situación, o lloras por cosas simples. Vives tu duelo o sentimiento de pérdida con facilidad, o es difícil. Describir brevemente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Miedo.** Te asustas con facilidad, o rara vez sientes miedo. Describir brevemente\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Familia / Relaciones**

El día en que naciste (salud, dificultades, estrés y expectativas familiares)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dificultades o factores estresantes durante la infancia/adolescencia (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amistades (vida social). Se te hace fácil hacer amigos y conservarlos, o se te hace difícil Describir\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación actual con tus padres y hermanos (describir) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Horarios / Hábitos / Intereses**

Horarios para dormir y calidad del sueño (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nutrición y alimentación, regularidad y hábitos, por ejemplo, comes siempre con prisa o te tomas tu tiempo para comer y disfrutar tus comidas (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vida laboral (satisfacción, metas, estrés, etc.) Describe.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vida Sexual (placer, frecuencia, dificultades, etc.). Describe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intereses Intelectuales (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ejercicios/auto-cuidado (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué es lo que más disfruto (describir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Espiritualidad/religión (objetivo en la vida o misión en la vida, metas, satisfacción, etc.) Describe.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo me veo a mi mismo (capacidad de amar, autoestima, firmeza, poder, etc.) Fortalezas y limitaciones. Describe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expectativas con respecto al Tratamiento**

En pocas palabras, en que crees que consiste este tratamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuánto tiempo crees que debe durar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo crees que el profesional debe interactuar con sus clientes. Cuáles son las cualidades ideales que él o ella debe tener \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuáles son tus expectativas y lo que esperas al venir aquí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puedes explicar esto en términos de cambios específicos de comportamientos. Por ejemplo, “Quiero dejar de hacer….”, o “Quiero comenzar a hacer….”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo sabrás que estos cambios han ocurrido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuál es tu perspectiva de lo que necesitaría pasar para que estos cambios ocurran. Qué obstáculos pueden haber\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué reacciones importantes crees que estos cambios causarán en otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_