

Historial del Paciente

Name _____ Date _____ Referido por _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Telefono(____) _____ De dia (____) _____ Edad _____ Sexo M o F Estatura _____
 Peso _____ Fecha de Nac. _____ Estado Civil c s v d Cant. de hijos _____
 Color de ojos _____
 Record Medico de usted _____
 Fuma Si o No cuanto _____ Toma Refrescos Gaseosos Si o No cuantos _____
 Licor Si o No cuanto _____ Cafe Si o No cuanto _____
 Toma medicamentos Si o No cuales _____
 Ha tenido cirujias anteriormente Si o No y en que fechas _____
 Indicar si tiene alguna enfermedad diagnosticada por el medico o que usted sospecha que tiene _____
 Ha hecho cambios drasticos en su dieta los pasados cuatro meses Si o No.
 Hace ejercicios Regularmente Si o No Cuanto ejercicio hace _____ y que tipo de ejercicio _____
 Padece de estreñimiento Si o No
 Indique Suplementos alimenticios que este tomando como Herb _____
 Vitaminas _____
 Minerales _____

Favor de Indicar si padece de algunas de estas enfermedades:

Debilidad general o letargo
Enfermedades frecuentes
Olor corporal y/o halitosis (mal aliento)
Dificultad en digerir ciertos alimentos
Consumo frecuente de carnes rojas
Malestares femeninos regulares
Uso frecuente de antibióticos
Alto consumo de alcohol
Cambios de animo frecuentes
Alergias a ciertos alimentos
Bolsas debajo de los ojos
Habito de Fumar
Falta de Concentración o memoria
Poca resistencia a las enfermedades
Eruptos después de las comidas
Estilo de vida tenso
Problemas de la complejón o la piel
Antojos por dulces o alimentos procesados
Consumo regular de productos lácteos
Sentimientos de depresión, desinterés o ira
Falta de sueño o sueño sin descanso
Uñas frágiles
Pelo partido en las puntas
Dieta rica en grasas o colesterol
Sentimientos de inquietud, aprehensión o tensión
Dieta baja en fibras
Calambres musculares
Exposición al aire contaminado
Sopor al sentarse
Alto consumo de cafeína
Sentimientos de pérdida de control
Sensibilidad al efecio de alimentos o drogas
Problemas con infecciones fungales / hongos
Debilidad estructural
Demasiada preocupación
Irritabilidad
Falta de ejercicio físico
Mucosidades excesivas