



Apellido:	Nombre:	Iniciales:
Fecha de visita:	Fecha de nacimiento:	Referido por:
Nombre de padres o tutor si es menor de 18 años:		
Dirección:		
Distrito:	Estado:	Codigo Postal:
Telefonos:	Trabajo:	Movil:
Email:	Nivel de estudio:	
Ocupación Actual:		
Ocupaciones anteriores:		
Síntomas y condiciones actuales:		
Como se presentan? Cuando se presentan? Por que siente que se presentan?		
Medicación: Toma o ha tomado algún medicamento para esta u otras condiciones? Incluyendo recetas, anticonceptivos orales etc?		
Es fumador?	Ha sido fumador?	
Padece alguna alergia y/o anafilaxia a algo?, si es asi, a que?		
(solo mujeres) Está embarazada ?	Se le ha diagnosticado alguna enfermedad?	
Describa su estado emocional actual:		
Ha tenido algun trauma emociona pasado que aun lo afecta o afecto su salud?		
Historia médica pasada:		
Historia familiar:		



Enumere todo lo que come o bebe en un dia normal

Desayuno	Almuerzo	Cena
Snacks		

Bebidas	Cuantos vasos por dia
Agua	
Café, Te, Gaseosas, Guaraná, etc.	
Alcohol-vino/Cerveza/Energizantes etc	

Suplementos dietarios (Vitaminas ,hierbas, etc)

Producto	Cantidad Diaria

Ejercicio	Tipos	Cuanto por dia
Cardiovascular	Correr	
	Nadar	
	Deportes Grupales	
Entrenamiento de fuerza		

Hobbies:
Pasado:
Presente:



Relaciones: (Calificar de acuerdo a: 1 = Satisfactorio, 2 = Aceptable , 3 = Tensa, 4 = Inexistente.

Cónyuge	Hijos	Padres	Suegros
Familiares	Amigos	Jefes	Compañeros de trabajo
Estrés/ que causa su estrés?			
Fortaleza/ que le da fortaleza?			
Patrones de Sueño			
Que tipo de música escucha? Otra información relevante..			