

¿Qué te trae aquí para esta visita?

¿Has intentado alguna otra terapia/medicación/dieta especial para el motivo / la preocupación que compartiste arriba? Por favor descríbela.

**Médica(o) de Cuidado Primario**

Nombre		Teléfono #	
Relación con la/el médica(o) (es decir, para qué la/lo has visto, cuándo fue tu última consulta, etc.)			

**Terapeuta/Consejera(o)**

Nombre		Teléfono #	
Relación con la/el terapeuta/consejera(o) (es decir, para qué la/lo has visto, cuándo fue tu última consulta, etc.)			

**Proveedor(a) Adicional (especialista, psiquiatra)**

Nombre		Teléfono #	
Relación con la/el proveedor(a) (es decir, para qué la/lo has visto, cuándo fue tu última consulta, etc.)			

**\_\_\_ Otorgo a quien me atiende en Synergy Health and Wellness permiso de hablar con las(os) doctoras(es)/proveedoras(es) nombradas(os) arriba y compartir información de salud protegida relacionada con mi tratamiento con ellas(os). (Por favor escribe tus iniciales)**

¿Te han hecho estudios de sangre/laboratorios recientemente? (Proporciona la fecha aproximada y los datos del/la médica(o) que los solicitó.

Por favor escribe cualquier medicamento que estés tomando y para qué condición te fue prescrito (por qué te lo recetaron):

---

---

¿Tomas vitaminas u otro suplemento alimenticio/nutricional?  no  sí (Si sí, especifica cuáles):

---

¿Estás o podrías estar embarazada?

Por favor escribe cualquier cirugía que hayas tenido:

---

**HISTORIAL DE SALUD** *!!!DETENTE!!! Lee esto \*\*\*\*\**(marca todas las que apliquen para **tú**)  
Tienes una historia PERSONAL de problemas en cualquiera de las siguientes...

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (¿a qué?)    | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal   | <input type="checkbox"/> Reproductivo       |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Presión alta       | <input type="checkbox"/> Respiratorio       |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular        | <input type="checkbox"/> Colesterol alto    | <input type="checkbox"/> Problemas de piel  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza     | <input type="checkbox"/> Inmunológico       | <input type="checkbox"/> Trastorno de sueño |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético | <input type="checkbox"/> Urinario           |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario | <input type="checkbox"/> Neurológico        |   |
| <input type="checkbox"/> Endocrinológico       | <input type="checkbox"/> Psicológico        | <input type="checkbox"/> Otro (explica)     |

¿Con qué frecuencia experimentas cualquiera de los siguientes síntomas gastrointestinales?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidez/Reflujo                  | <input type="checkbox"/> Gas (de cualquier tipo)         |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                         | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Constipación      |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Cólicos abdominales       | <input type="checkbox"/> Náusea, Vómito                  |
| <input type="checkbox"/> Sensación de estar inflamada(o) | <input type="checkbox"/> Eliminación/Evacuación dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Cólicos intestinales      |  |
- 

Por favor circula cómo te sientes actualmente acerca de tu cuerpo.

Me desagrada mucho Me desagrada Ligeramente satisfecha(o) Satisfecha(o) Muy satisfecha(o)

---

### HÁBITOS COTIDIANOS

¿Qué tipo de ejercicio haces habitualmente?:  ninguno  ligero  moderado  intenso

¿Qué incluyen tus hábitos cotidianos de trabajo?:  sentarme  estar parada(o)  trabajo físico ligero  trabajo físico pesado  otro (especifica):

¿Tomas bebidas con cafeína? (p.ej. Café, té negro, Coca Cola):  no  sí (tipo y cantidad):

¿Bebes alcohol?: \_\_\_\_\_ bebidas por semana ¿Usas drogas recreativas? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que pudiera estar relacionado con tu condición que no te hayamos preguntado?

Tu firma aquí significa que toda la información que has proporcionado en este formulario es verdad hasta donde tú sabes, y das tu consentimiento para recibir terapias en nuestra clínica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del madre/padre o tutor(a) si la/el cliente/paciente es menor de edad:

---