

Ciudad : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo : \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección de Mail: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Peso Corporal: \_\_\_\_\_ grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**1- Patología Familiar**

**A- Padre:**

**a) Cardiológico**

	SI	NO
* Cardiopatía Congénita		
* Hipertensión		
* Insuficiencia Cardíaca		
* Insuficiencia Coronaria		
* Infarto		
* Arritmia		
* Válvulas		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**b) Respiratorio :**

	SI	NO
* Asma Bronquial		
* Bronquitis Crónica		
* Enfisema Pulmonar		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**c) Digestivo :**

	SI	NO
* Gastritis		
* Enteritis		
* Hepatitis		
* Cirrosis		
* Colon Irritable		
* Cólico Biliar		
* Divertículos		
* Polipos		
* Constipación		
* Diarreas a repetición		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**d) Urinario :**

	SI	NO
* Nefritis		
* Cólico Renal		
* Prostatitis		
* Impotencia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**e) Neurológico :**

	SI	NO
* Epilepsia		
* Parkinson		
* Alzheimer		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**f) Endocrinología :**

	SI	NO
* Hiper/Hipo tiroidismo (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Disturbio Hormonal		
* Diabetes		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**g) Hosteomioarticular :**

	SI	NO
* Disturbio Motriz		
* Escoliosis		
* Herneas de columna vertebral		
* Artrosis/ Artritis (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Hosteopatía		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**h) Inmunológica :**

	SI	NO
* Alergia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**i) Dermatológica :**

	SI	NO
* Psoriasis		
* Vitiligo		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**A) Madre :**

**a) Cardiológico**

	SI	NO
* Cardiopatía Congénita		
* Hipertensión		
* Insuficiencia Cardíaca		
* Insuficiencia Coronaria		
* Infarto		
* Arritmia		
* Válvulas		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**b) Respiratorio :**

	SI	NO
* Asma Bronquial		
* Bronquitis Crónica		
* Enfisema Pulmonar		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**c) Digestivo :**

	SI	NO
* Gastritis		
* Enteritis		
* Hepatitis		
* Cirrosis		
* Colon Irritable		
* Cólico Biliar		
* Divertículos		
* Polipos		
* Constipación		
* Diarreas a repetición		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**d) Urinario :**

	SI	NO
* Nefritis		
* Cólico Renal		
* Cálculo Renal		
* Impotencia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**e) Neurológico :**

	SI	NO
* Epilepsia		
* Parkinson		
* Alzheimer		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**f) Endocrinología :**

	SI	NO
* Hiper/Hipo tiroidismo (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Disturbio Hormonal		
* Diabetes		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**g) Hosteomioarticular :**

	SI	NO
* Disturbio Motriz		
* Artrosis/ Artritis (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Hosteopatía		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**h) Inmunológica :**

	SI	NO
* Alergia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**i) Dermatológica :**

	SI	NO
* Psoriasis		
* Vitiligo		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**j) Ginecológico :**

	SI	NO
* Uso de Anticonceptivos		
* Ciclo Menstrual Regular		
* Menopausa Precoz		
* Endometriosis		
* Displasia Mamaria		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**1- Patología Personal**

**a) Cardiológico**

	SI	NO
* Cardiopatía Congénita		
* Hipertensión		
* Insuficiencia Cardíaca		
* Insuficiencia Coronaria		
* Infarto		
* Arritmia		
* Válvulas		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**b) Respiratorio :**

	SI	NO
* Asma Bronquial		
* Bronquitis Crónica		
* Enfisema Pulmonar		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**c) Digestivo :**

	SI	NO
* Intolerancia Alimentaria		
* Gastritis		
* Enteritis		
* Hepatitis		
* Cirrosis		
* Colon Irritable		
* Cólico Biliar		
* Divertículos		
* Polipos		
* Constipación		
* Diarreas a repetición		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**d) Urinario :**

	SI	NO
* Nefritis		
* Cólico Renal		
* Cálculo Renal		
* Prostatitis		
* Impotencia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**e) Neurológico :**

	SI	NO
* Disturbio de la Memoria		
* Epilepsia		
* Parkinson		
* Alzheimer		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**f) Emocional:**

	SI	NO
* Stress		
* Ansiedad		
* Depresión		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**g) Endocrinología :**

	SI	NO
* Hiper/Hipo tiroidismo (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Disturbio Hormonal		
* Hizo uso de hormonas		
* Diabetes		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**h) Hosteomioarticular :**

	SI	NO
* Disturbio Motriz		
* Artrosis/ Artritis (tache lo que <b>no</b> corresponda)		
* Hosteopatía		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**i) Inmunológica :**

	SI	NO
* Alergia		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**j) Dermatológica :**

	SI	NO
* Envejecimiento Precoz		
* Psoriasis		
* Vitiligo		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**k) Ginecológico :**

	SI	NO
* Uso de Anticonceptivos		
* Ciclo Menstrual Regular		
* Menopausa Precoz		
* Endometriosis		
* Displasia Mamaria		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**l) Disturbio Sensorial :**

	SI	NO
* Disfunción Visual		
* Disfunción Auditiva		
* Disfunción Gustativa		
* Disfunción Olfativa		
* Disfunción del Tacto		

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**m) Bebe Agua Durante el día? Cantidad**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**n) Ha usado o está haciendo uso de algún Fármaco?**



\* Observaciones : Cuales y en que dosis

**o) Ha realizado o está realizando alguna actividad física?**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**p) Se ha realizado alguna cirugía**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**q) Ha tenido o tiene infecciones frecuentes**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**r) Ha tenido o tiene tumores**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**s) Como evacúa su intestino**

	Normal	Regular

\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**t) Si fuma, ¿ que cantidad por día?**



\* Observaciones: \_\_\_\_\_

**g) Cómo es su descanso por las noches?**

	Bueno	Regular	Malo

**Observaciones generales**

\_\_\_\_\_