

PACIENTE #: _____

FECHA: ___/___/___

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ HOMBRE o MUJER

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD / ESTADO / ZIP: _____

TELÉFONO DE CASA #: _____ TELÉFONO DE TRABAJO #: _____

CELULAR #: _____ MEJOR HORARIO Y # DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

OCUPACIÓN _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

CIUDAD / ESTADO / ZIP: _____

SOLTERO/A: CASADO/A: DIVORCIADO/A: VIUDO/A: _____

A QUIÉN AGRADECEMOS POR REFERIRTE A NUESTRA OFICINA? _____

Kings
Canyon
Chiropratic

4842 E
Kings
Canyon Rd

559-255-71
21

Tu perfil de salud y pérdida de peso

Por qué es importante este formulario:

Nos enfocamos en tu habilidad para estar bien. Nuestros objetivos son, primero que nada, abordar los problemas que te trajeron a esta clínica; y segundo, ofrecerte la oportunidad de mejorar tu salud, tu bienestar y tu calidad de vida en el futuro. Todos los días experimentamos estrés físico, bioquímico y psicológico/emocional que se va acumulando y provocar una grave pérdida de nuestra salud. La mayoría de las veces los efectos son graduales; y pueden incluso no sentirse hasta que se vuelvan serios. Responder las siguientes preguntas nos dará un perfil de las situaciones específicas que has enfrentado en el pasado y tienes en el presente, lo que nos permitirá evaluar mejor los desafíos para llevarte a un estado de salud.

¿Cuántas pulgadas de grasa quieres perder y en dónde?

1. ¿Has intentado perder peso anteriormente?

Desde que el problema empezó...

Ha sido el mismo

Ha empeorado

Se ha mejorado

¿Qué lo emporá?

¿Qué hace que mejore?

2. ¿Qué ha hecho para cambiar su forma de pensar y restablecer su peso inicial?

3. ¿Qué ha hecho que no haya servido para perder peso o grasa corporal?

Este u otro problema están afectando su...

Trabajo

Ocio

Sueño

Hobbies

Actitud mental
positiva

Deporte

Ejercicio

Caminar

Energía

Familia

Otro:

4. ¿Has tenido que o sientes que necesitas hacer cambios positivos en tu vida debido a tu condición? (es decir, comer mejor, tomar menos alcohol o drogas, no saltarte comidas, comer menos, incrementar tu actividad o ejercicio, no comer carbohidratos refinados, etc.). Si es así, explica.

¿Qué profesionistas has visto por tu condición?

Quiropráctico

Doctor médico

Otro

Nombre / Dirección

Fecha: ___/___/

¿Cuál fue el diagnóstico?

¿Qué hizo?

Otras preocupaciones de salud (si las hay):
Enumere preocupaciones de salud o déjelo
en blanco.

Índice de
gravedad
1 = leve (a)
10 = el peor
imaginable

¿Cuándo empezó? Y si
tuviste esta condición
antes, ¿cuándo fue?

¿El problema comenzó por
alguna herida?

¿Tus síntomas son
constantes o
intermitentes?

1

2

3

4

Posibles Contraindicaciones

Por favor marca (✓) todos los síntomas que has tenido en el pasado, o tienes en el presente, aún si no parecen estar relacionados con tu problema actual:

Problemas de Tiroides

Cáncer

Fotosensibilidad

Marcapasos

Problemas de Hígado

Epilepsia

Problemas de Riñón

¿Estás embarazada en este momento?

Sí

No

¿Eres menor de edad?

Sí

No

Historia Médica

Por favor marca (✓) todos los síntomas que has tenido en el pasado, o tienes en el presente, aún si no parecen estar relacionados con tu problema actual:

Presente/Pasado	Presente/Pasado	Presente/Pasado	Presente/Pasado
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Dolor en cuello
<input type="checkbox"/> Hormigueo en brazos	<input type="checkbox"/> Pérdida de olfato	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Sumbido de oídos	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Entumecimiento de dedos	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de pies	<input type="checkbox"/> Pérdida del gusto	<input type="checkbox"/> Malestar estomacal
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Tensión
<input type="checkbox"/> Problemas de sueño	<input type="checkbox"/> Cuello rígido	<input type="checkbox"/> Manos frías	<input type="checkbox"/> Pies fríos
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Bochornos
<input type="checkbox"/> Sudor frío	<input type="checkbox"/> Molestia en ojos con la luz	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal

5. Dolor

¿Qué medicinas estás tomando y para qué?: (con o sin prescripción)

¿Qué cirugías has tenido? (Por favor incluye todas)

- 1 _____ Fecha ____/____/____ Dr. _____
- 2 _____ Fecha ____/____/____ Dr. _____
- 3 _____ Fecha ____/____/____ Dr. _____

6. Enumera las tres (o más) situaciones que más te afecten en cada categoría:

1 Estrés físico (caídas, accidentes, posturas de trabajo, etc.)

- a _____
- b _____
- c _____

2 Estrés bioquímico (cigarro, comidas no saludables, saltarte comidas, no beber suficiente agua, medicamentos, etc.)

- a _____
- b _____
- c _____

3 Estrés psicológico (trabajo, relaciones, finanzas, autoestima, etc.)

- a _____
- b _____
- c _____

Comentarios:

En una escala del 1 al 10, describe tus niveles de estrés psicológico / emocional: (1 = ninguno / 10 = extremo)

En área personal: _____ En área laboral _____ Otra área: _____

En una escala del 1 al 10, (1 es muy pobre y 10 es excelente) describe tus:

Hábitos alimenticios _____ Hábitos de ejercicio _____ Sueño: _____

Salud General _____ Estado mental: _____ Ejercicio mental: _____

¿Alguna vez...?:

Sí N
o

7. ¿Has consumido cafeína? Sí No

8. ¿Has tenido hábitos de sueño deficientes? ¿problemas para quedarte dormido o despertarte?
¿Despertar cansado? Sí No

9. ¿Te han revisado los nervios para verificar su función adecuada? Sí No

10. Te has expuesto a alguna de las 60,000 toxinas en el mundo de hoy? Sí No

Doy mi consentimiento para hacerme un examen profesional completo y/o para cualquier examen que el médico considere necesario. Entiendo y acepto que cualquier cuota por el servicio prestado debe ser pagada al momento del servicio y no en el futuro.

(nombre y firma)

Por favor responde las siguientes preguntas con mucha atención.

Responde lo que estés dispuesto a hacer durante 3 o más semanas. No respondas lo que quisieras hacer o lo que sabes que deberías de hacer, sino lo que realmente te comprometerás a hacer a lo largo de este programa.

Responde con sinceridad, no se trata de lo que debes o no debes hacer, sino de lo que harás.

Este cuestionario es de opción múltiple. Marca A, B, C o D según sea tu respuesta. Si no estás seguro(a) en alguna pregunta, márcala como C.

1. ¿Estás dispuesto(a) a beber la mitad de tu peso en onzas de agua filtrada? El agua puede ser de ósmosis inversa, filtro de bloque de carbón tipo Britta o Pur, agua de manantial; de cualquier tipo de agua purificada excepto agua corriente del grifo.
 - A. Todos los días; y beber sólo agua.
 - B. Todos los días, mayormente, junto con algunas otras bebidas.
 - C. Beberé más agua purificada, pero no la mitad de mi peso corporal en onzas.
 - D. Tendrías mucha suerte si tomo algo de agua la mayoría de los días.

2. ¿Estás dispuesto(a) a no comer nada 1 hora antes y 3 horas después de venir a tu tratamiento con la Doctora? Esto es necesario para que quemes la grasa que será liberada de tus células grasosas, transformándose en energía.
 - A. Lo haré para cada sesión.
 - B. Lo hare para la mayoría de las sesiones, pero tal vez no me quede sin comer 4 horas completas.

- C. Haré algo de esto para algunas sesiones, por algún tiempo.
- D. Comeré cuando me dé hambre, sin importar el tratamiento.

3. ¿Cuánto ejercicio estás dispuesto(a) a hacer? – Esto Ayuda a quemar aún más rápido la grasa liberada de tus células grasosas, transformándola en energía.

- A. Quemaré 500+ calorías diariamente haciendo ejercicio adicional los 5 días de la semana; y haciendo ejercicios de fuerza al menos 2 de esas 5 veces – Los ejercicios de fuerza son: levantar pesas, remar, cualquier cosa donde usas los músculos contra resistencia, no sólo ejercicio aeróbico.
- B. Quemaré alrededor de 500 calorías con ejercicio adicional cada día que tenga sesión y haré algunos cuantos ejercicios de fuerza.
- C. Haré algún tipo de ejercicio suave el día que tenga mi sesión.
- D. Probablemente no vaya a hacer nada de ejercicio mientras esté en el tratamiento.

4. ¿Estás dispuesto(a) a hacer el programa de desintoxicación de la Dr. Dao?

- A. Lo haré fielmente, todos los días.
- B. Lo hare la mayoría de los días.
- C. Probablemente no lo hare o fallaré muchos días si decido hacerlo.

5. ¿Qué tan dispuesto estás a comer mejor?

- A. Dejaré de comer carbohidratos refinados y sólo comeré alimentos frescos y sanos (orgánicos, de preferencia) – Los carbohidratos refinados son cosas como pan, pasta, dulces, azúcar y cualquier cosa que termine con "osa" en los ingredientes (dextrosa, fructuosa, lactosa, glucosa, maltosa; que no son más que azúcares).
- B. Comeré más alimentos frescos (orgánicos, de preferencia) como frutas, vegetales, proteínas de origen animal (carne, huevos y pescado), así como harinas integrales.
- C. Intentaré comer mejor cuando pueda; o tal vez menos.
- D. Voy a comer las mismas cosas y cantidades que siempre he comido.

6. ¿Estás dispuesto(a) a cambiar tus hábitos alimenticios basándote en las guías de tipos metabólicos?

- A. Sólo comeré los alimentos para mi tipo metabólico las primeras 2 semanas y luego volveré a agregar lentamente los otros alimentos.
- B. Comeré más alimentos recomendados para mi tipo metabólico en mi menú.
- C. Tomaré en cuenta mi tipo metabólico y a lo mejor elegiré comer lo que la guía me recomiende de vez en cuando.

D. No estoy interesado(a) en cambiar mi alimentación o saber cuál es mi tipo metabólico.

7. ¿Estás dispuesto(a) a hacer el programa de desintoxicación de la Dr. Dao

A. Sí, totalmente, durante 3 semanas; lo que significa comer comida casi completamente cruda, (muchas verduras y frutas), con muchas limitaciones.

B. Sí, estoy dispuesto(a) a hacer la desintoxicación, tomar los suplementos y comer mejor.

C. No, no quiero hacer el programa.

8. ¿Estás dispuesto(a) a responder el cuestionario de síntomas, tener la consulta nutricional con la Dr.Dao y tomar los suplementos que te recomiende?

A. Sí, responderé las más de 60 preguntas del cuestionario de síntomas, tomaré la consulta con la Dr. Dao y compraré y tomaré los suplementos que me recomiende.

B. Sí, responderé las más de 60 preguntas del cuestionario de síntomas, tomaré la consulta con la Dr. Dao y tal vez compre y tome algunos de los suplementos que me recomiende.

C. No, no quiero hacer esto.

9 .Estoy dispuesto(a) a dejar de hacer algo que sé que no debería de estar haciendo, o a comenzar a hacer algo de lo que no se ha mencionado en las otras preguntas. Sé que debería de estar haciendo...

A. 3 cosas o más.

B. 2 cosas.

C. 1 cosa.

D. Nada.

Ejemplos: deja de tomar 3 raciones de comida. Deja de beber refrescos. Comenzar a tomar suplementos.

10. ¿Estás dispuesto(a) a tener una revisión de tus nervios para asegurarte de que funcionan correctamente?

A. Sí, y haré lo que sea necesario para que funcionen lo mejor posible; esto puede incluir atención quiropráctica y de otro tipo en la oficina.

B. Sí, pero dependiendo de cuál sea la recomendación, la haré o no.

C. No, no quiero tener una revisión de mis nervios.

Tus nervios controlan todo en su cuerpo, incluidas tus hormonas, la pérdida de grasa, la digestión; todo. Dale a tu cuerpo la mejor oportunidad posible asegurándote por lo menos de que los mecanismos de control estén funcionando bien.