

Dra. Deborah Nixdorf, ND, LAc
doctora de medicina natural y acupuntura
Northwest Health & Healing Center
1515 NW 9th Street, Corvallis, OR 97330
541-754-2225

HISTORIA CLINICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Correo electrónico _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación al paciente _____

Ocupación: _____ Horas a la semana que trabaja: _____

Estado Marital: Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Soltero(a) Vive con su pareja Otro _____

Vive con: Esposo(a) Padres Hijos Amigos Solo

Tiene hijos: SI Cuantos: _____ NO

• La medicina preventiva tiene mejores resultados cuando el doctor tiene el conocimiento profundo del estado físico, mental y emocional del paciente. La información en este cuestionario le ayudará al doctor comprender las necesidades particulares de cada paciente y así mejorar los resultados de sus metas de salud.

• Al llenar este formulario; por favor use letra de molde y ponga un signo de interrogación junto a lo que no entiende.

• Si el paciente es menor de edad, quienes tienen el cuidado legal (tutor)? Padre Madre Ambos. Si el paciente es menor de edad y los padres están divorciados, quienes tienen el derecho legal para el cuidado del paciente?

Padre Madre Otros _____

¿Cuándo y donde recibió su última atención médica, hospital, clínica? _____

¿Por que razón? _____

¿Cuales son los problemas de salud más importantes que tiene? Por favor haga una lista en orden de importancia:

¿Cual es su nivel de compromiso para mejorar su salud relacionada con tu estilo de vida? Circula el número correspondiente donde el 10 es 100% comprometido (a).

0% 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 100%

Enliste los hábitos que haces regularmente y tu crees que ayudan a tu salud. _____

Enliste los hábitos que tienes regularmente y usted cree que afectan su salud. _____

¿Que cree que causó ó empeoró su problema de salud o condición? ¿Hubo algún trauma? (cirujías, reacciones a medicamentos o drogas, trauma emocional o físico) _____

Enliste los tratamientos que tuvo anteriormente tanto natural como de medicina convencional y si le funcionó ó no.

¿Ha sido hospitalizada(o) o tenido cirujías? ¿por que razón? _____

¿Ha tenido rayos X u otro tipo de exámenes? ¿por que razón?

- Electrocardiograma _____ Encefalograma _____
- Rayos X _____ Mamograma _____
- CT Scan _____ Bone Density Scan _____
- MRI _____ Ultrasonido _____
- Sigmoid/Colonoscopia _____ Otros _____

Enliste los medicamentos que está tomando y ¿para qué?

Enliste las vitaminas y hierbas que está tomando y ¿para qué?

Tiene alergias a drogas, medicamentos, comida, polvo, etc. Cuando tiene las alergias ¿cuales son los síntomas?. ¿Tiene alguna condición crónica que resulto por estas alergias? No Si _____

¿Ha tenido algún examen para identificar sus alergias?

- Intradermal IgG sanguínea para comida IgE sanguínea para partículas inhaladas o comida Citotóxico
- Electroacupuntura Kinesiología Examen de intolerancia a comida Ninguno

¿Que vacunas le han puesto? Ponga una interrogación (?) si no sabe.

_____ Difteria _____ Sarampion/Paperas/Rubela _____ Polio _____ Tosferina
 _____ Tetanos _____ Varicela Otras _____

¿Ha tenido algunas de las siguientes enfermedades?

Fiebre escarlatina Difteria Fiebre Rehumatica Paperas Rubela
 Varicela Roseola Polio Asma Otras _____

Reacciones secundarias por las vacunas _____

Historia médica personal y familiar Ponga una X quien lo ha padecido. Hay un espacio extra para que especifique por ejemplo tipo de cancer, usted puede escribir: de mama o de colon, etc

Artritis	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Eczema	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/ Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Problemas de la vesicular biliar	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Bicio/Problemas deTiroides	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Urticaria/Alérgias	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Anemia de hematíes falciformes	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Sexualmente transmitida	<input type="checkbox"/> Ud	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hijos	Especifique: _____

Marque: **S**= Condición que tiene ahora **N**= Condición que nunca ha tenido **P**= Condición que tuvo en el pasado

GENERAL:

Peso: _____ Su peso hace 1 año _____ Cuanto es lo máximo que ha pesado? _____

Cuando? _____ Altura: _____

PIEL

- Sarpullido
- Eczema, Urticaria
- Cambios en el color de su piel
- Comezón/Picazón

- Masa/bulto
- Suda de noche
- Pérdida de pelo
- Acne

CABEZA

- Dolores de cabeza
- Accidentes
- Dolor de quijada
- Migrañas

OIDOS

- Dificultad para oír
- Silbidos
- Dolores de oído
- Mareos

OJOS

- Dificultad con la vista
- Anteojos ó lentes de contacto
- Dolores de ojo
- Ojos secos/llosos

- Visión doble
- Glaucoma
- Manchas en los ojos
- Cataracts

NARIZ

- Resfríos frecuentes
- Sangrados de nariz
- Congestión nasal
- Fiebre del heno/Alérgias

- Sinusitis
- Pérdida del olfato

BOCA/GARGANTA

- Dolores de garganta
- Dolores de lengua/labios
- Problemas en las encías
- Ronquera

- Cáries
- Aumento en la salivación
- Dificultad para tragar
- Fuegos/ampollas

CUELLO

- Masa/bulto
- Glándulas inflamadas
- Bocio
- Dolor de cuello/cuello tiezo

PULMONES

- Tos
- Flema
- Sangre en la flema
- Silbidos en su pecho

PULMONES

- Asma
- Bronquitis
- Pulmonía
- Enfisema

- Dificultad para respirar
- Falta de aire al acostarse
- Dolor al respirar
- Tuberculosis

CARDIVASCULAR

- Dolor en el pecho al caminar
- Dolor en el pecho acostado
- Inchazón en los tobillos
- Palpitaciones

- Problemas en las venas de las piernas
- Dolor de piernas caminando
- Adormecimiento de las extremidades
- Angina

GASTROINTESTINAL

- Acidez/Reflujo/Agruras
- Cambios de apetito
- Nausea
- Ulceras

- Sangre en vómito
- Vómitos
- Sangre en sus heces

- Heces Negras
- Diarrea/Estreñimiento alternados
- Gas

- Diarrea
- Estreñimiento
- Hemorroides

URINARIO

- Dolor al orinar
- Orina con más frecuencia
- Orina con frecuencia en la noche
- Dificultad en la retención de la orina

- Infecciones frecuentes
- Sangre en la orina
- Piedras en los riñones

MUSCULOSKELETAL

- Dolores de articulaciones
- Fracturas
- Calambres
- Debilidad muscular

SANGRE

- Anemia
- Dificultad en coagulación
- Moretones/sangrado fácil

CIRCULACION

- Dolores de pierna
- Pies/manos frías
- Várices
- Tromboflebitis

NEUROLOGICO

- Desmayos
- Epilepsia
- Parálisis
- Debilidad muscular

- Hormigueo
- Pérdida de memoria
- Temblores

EMOCIONAL

- Depresión
- Altibajos en su estado de animo
- Ha considerado suicidarse
- Ansiedad/ Nerviosismo

MENTAL/EMOTIONAL

- Tensión
- Mala concentración
- Mala Memoria
- Preocupación Excesiva

INMUNE

- Nódulos linfáticos dolorosos
- Infecciones crónicas
- Tarda en sanar cortadas
- Retención de fluido

- Dificultad en parar de sangrar
- Síndrome de Fatiga Crónica
- Glándulas Cronicamente Inflamadas

HOMBRE SOLAMENTE

- Hernias
- Masa en testículos
- Dolores Testiculares
- Problemas de próstata

HOMBRE SOLAMENTE

- Ejaculación Prematura
- Dificultad orinando

- Erección dolorosa
- Infertilidad

- Ulceras en el pene
- Impotencia

- Flujo saliendo del pene
- Es usted sexualmente activo?

¿Usa preservativos? **S N** De que tipo? _____

MUJER SOLAMENTE

Edad de su primer menstruación _____ Su menstruación es cada _____ días. Regular S N

Duración del su ciclo es: _____ días.

Es usted sexualmente activa? S N ¿Usa Preservativos? S N De que tipo? _____

Fecha de su último papanicolao _____ ¿Fue normal? S N Número de embarazos: _____

Número de hijos vivos: _____ Número de hijos perdidos: _____ Número de abortos: _____

<input type="checkbox"/> Sangra entre menstruaciones	<input type="checkbox"/> Coagulos	<input type="checkbox"/> Displasia Cervical	<input type="checkbox"/> Síntomas premenstruales
<input type="checkbox"/> Dolores menstruales	<input type="checkbox"/> Flujo	<input type="checkbox"/> Dificultades Sexuales	<input type="checkbox"/> Dolor al tener sexo
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios	<input type="checkbox"/> Masas en el busto
<input type="checkbox"/> Fluido saliendo de sus pesones	<input type="checkbox"/> Dolor en el busto	<input type="checkbox"/> Dolor Pelvico	<input type="checkbox"/> Se hace exámenes de los senos
<input type="checkbox"/> Síntomas de menopausia			

ESCRIBA UN EJEMPLO DE SU DIETA MAS COMÚN

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Entre comidas: _____

Bebidas: _____

HABITOS

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? _____

¿Que Ejercicio hace y cuantas veces por semana?: _____

<input type="checkbox"/> Duerme bien	<input type="checkbox"/> Pasa tiempo afuera	<input type="checkbox"/> Come tres veces al día	<input type="checkbox"/> Toma alcohol
<input type="checkbox"/> Se despierta descansado	<input type="checkbox"/> Mira T.V.	<input type="checkbox"/> Hace muchas dietas	<input type="checkbox"/> Lo han tratado por alcohólico(a)
<input type="checkbox"/> Disfruta su trabajo	<input type="checkbox"/> Cuantas horas al día	<input type="checkbox"/> Usa drogas recreacionales	<input type="checkbox"/> Lo han tratado por dependencia a drogas
<input type="checkbox"/> Toma vacaciones	<input type="checkbox"/> Lee?	<input type="checkbox"/> Usa tabaco	

Consentimiento para tratamiento:

1. He sido informado y entiendo que:

- El tratamiento o consejo dado por Dra. Deborah Nixdorf, ND, LAc no significa que es exclusivo y que tiene que parar los tratamientos dados por otros médicos.
- Tengo la libertad de buscar o continuar tratamiento médico con otros médicos, cirujanos, etc .
- Ningún médico, instructor, empleado u otra persona bajo la dirección de La Northwest Health & Healing Center recomienda que deje de buscar o de seguir consejos de algún otro médico.
- Los tratamientos y terapias recomendadas en ésta clínica pueden ser diferentes a los tratamientos ofrecidos por otros médicos.
- Estoy de acuerdo en pagar los servicios ofrecidos, el costo de los suplementos alimenticios y remedios, el costo de los exámenes de laboratorio y otros costos no pagados por mi seguro médico.

Al firmar autorizo y doy el consentimiento a tratamiento.

Firma del paciente/Padre/Tutor _____ Fecha _____