



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

HISTORIA CLINICA MEDICINA INTEGRATIVA

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Email: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Número de teléfono: _____ Celular: _____

Lugar y Fecha de nacimiento: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Contacto de emergencia: _____

Referido por: _____

Médico tratante: _____

¿Tiene algún tipo de seguro medico? _____

La información dada aquí, me ayudará a analizar sus síntomas de una manera completa y eficiente. Por favor sea absolutamente sincero(a) en sus respuestas y no se preocupe, todo hace parte de su historia clínica, parte del secreto Médico-paciente y es estrictamente confidencial. (Si necesita más espacio utilice el reverso de la hoja).

PROBLEMA (S) PRINCIPAL QUE LE GUSTARIA TRATAR

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

¿Hasta que punto este problema afecta sus actividades diarias (Trabajar, dormir, comer, etc)? _____

Hace cuánto empezó a notar esto? _____



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

¿Es continuo o para? _____

¿Que tipo de tratamiento ha intentado? _____

¿Esta tomando algún medicamento? (En caso afirmativo, describa) _____

¿Alergias? (En caso afirmativo describa) _____

¿Fuma? ____ ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Consume licor? ____ ¿Describe frecuencia y cantidad? _____

¿Usa drogas? _____

¿Cuántas tazas de café consume al día? _____

¿Tiene historia de cancer, diabetes, problemas genéticos o alguna otra enfermedad importante en su familia? _____

¿En que trabaja? _____

¿Le gusta/ lo disfruta? _____

¿Que tanto stress maneja en su trabajo? (Explique la causa) _____

¿Siente o manifiesta este stress en alguna parte particular de su cuerpo?



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

Patrones de sueño (Explique a que hora se duerme/ levanta,,a que hora se va a dormir, que hace antes de dormir, cuántas horas duerme/duerme bien, se despierta fácilmente? ¿Se siente descansado al levantarse?):

ANTECEDENTES MEDICOS (POR FAVOR INCLUYA FECHAS APROXIMADAS):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones: _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugías: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Accidentes o fracturas (describa): _____ | |

OTROS EVENTOS MEDICOS RELEVANTES:



**CHEQUEE SI HA EXPERIMENTADO ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES EN LOS
ULTIMOS TRES MESES Y POR CUANTO TIEMPO:**

GENERAL:

- Problemas de apetito _____ Insomnio o trastornos del sueño _____
- Debilidad _____ Antojos _____ Sed excesiva _____
- Incremento de peso _____ Pérdida de peso _____
- Sudoración excesiva _____ Temblores _____ Sangrado o moretones _____
- Fiebre _____ Escalofríos _____
- Pérdida de energía súbita (¿A qué hora?) _____
- Problemas de Balance _____
- ¿Algún otro problema? _____

CABELLO Y PIEL

- Erupciones _____ Ulceras _____ Ampollas _____
- Rasquiña _____ Eczema _____ Acné _____
- Caspa _____ Pérdida del cabello _____
- Lunares atípicos _____ Cambios en la textura de la piel _____
- ¿Algún otro problema? _____

OJOS, NARIZ, GARGANTA

- Mareos _____ Contusiones _____ Migrañas _____
- Lentos _____ Puntos blancos en el campo visual _____
- Dolor Ocular _____ Cambios en la visión _____
- Ceguera Nocturna _____ Ceguera a cierto color _____
- Cataratas _____ Visión Borrosa _____
- Dolor de oído _____ Tinnitus _____
- Sordera _____ Ojos cansados _____ Sinusitis _____



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

- Dolor de garganta _____ Sangrado Nasal _____ Bruxismo _____
 Ampollas en la boca _____ Dolor Facial _____
 Problemas Dentales _____
 Dolores de Cabeza (Describe) _____
 Problemas mandibulares (clicks) _____
¿Algún otro problema? _____

CARDIOVASCULAR

- Mareo _____ Hipotensión _____ Hipertensión _____
 Arritmias _____ Desmayos _____ Síncope _____
 Manos o pies fríos _____ Edema _____ Trombosis _____
 Dificultad para respirar _____ Palpitaciones _____
 Dolor en el pecho: _____
 Flebitis: _____ Venas Varicosas: _____
¿Algún otro problema? _____

RESPIRATORIO

- Tos _____ Expectoración _____ Asthma _____
 Bronquitis _____ Pneumonia _____ Rinitis _____
¿Algún otro problema? _____

GASTROINTESTINAL

- Nausea _____ Vómito _____ Diarrea _____
 Constipación _____ Gas _____ Sangrado _____
 Indigestión _____ Mal Aliento _____ Dolor _____
 Hemorroides _____ Uso crónico de Laxantes _____
¿Algún otro problema? _____



GENITOURINARIO

- Dolor _____ Incontinencia _____ Sangrado _____
 Urgencia _____ Frecuencia _____ Cálculos _____
 Cambios en el chorro _____ Impotencia _____
 Lesiones genitales _____
¿Se despierta en medio de la noche a orinar? _____ ¿Cuántas veces? _____
¿Algún otro problema? _____

REPRODUCTIVO Y GINECOLOGICO

- Irregularidad Menstrual _____ Dolor menstrual _____
 Síndrome pre menstrual _____ Menarquia _____
Embarazos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____
Prematuros _____ Hijos vivos _____ Fecha de la última menstruación: _____ Ciclos (días) _____ Duración _____
Anticonceptivos _____ ¿Qué tipo? _____ ¿Desde cuándo? _____
 Menopausia (Edad) _____ Calores _____

MUSCULOESQUELETICO

- Dolor Muscular _____ Dolor articular _____
¿Dónde? _____
 Debilidad _____ Calambres _____
¿Algún otro problema? _____

ENDOCRINO

- Problemas tiroideos: _____ Cambios de peso: _____
 Excesivo vello facial: _____ Problemas para tragar _____



NEUROLOGICO

Convulsiones _____ Mareo _____

Pérdida del balance _____ Adormecimiento _____

Pérdida de la memoria _____ Problemas de coordinación _____

Depresión _____ Ansiedad _____

Irritabilidad _____ Stress Excesivo _____

¿Alguna vez ha sido tratado por problemas emocionales? _____

¿Alguna vez ha considerado el suicidio? _____

¿Algún otro problema? _____

¿Cuál es la emoción que prima en su ser? _____

¿Cada cuánto hace ejercicio? _____ ¿Qué tipo? _____

¿Practica yoga? _____ ¿Cada cuánto? _____ ¿Qué tipo? _____

¿Ha recibido tratamiento holístico antes? _____

¿Sabe su tipo ayurvédico? _____

Hablemos de la dieta. ¿Come orgánico? ¿Carne? ¿Productos lácteos?

¿Vegetarianos? Por favor describa su alimentación en un día común: _____

¿Qué tipo de comida se le antoja más? (dulces, pan, picante, etc)



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

¿Cree en vidas pasadas? _____

¿Sufre de cambios de ánimo constantes? _____

¿Ansiedad o depression súbitas? _____

¿Problemas físicos súbitos sin causa aparente? _____

¿Escucha voces que le hablan dentro de su cabeza? _____

¿Tiene comportamiento impulsivo? _____

¿Tiene problemas de memoria? _____

¿Problemas de concentración? _____

¿Hay algún evento traumático que le ha marcado la vida? ¿Tal vez algo que esté contribuyendo a su estado actual? _____

¿Estaría interesado (a) en saber acerca de su perfil planetario? _____

¿Le gustaría recibir sanación energética/Harmonyum? _____

Estado Civil: (Soltero (a), Casado (a), Divorciado (a), Unión Libre, etc) _____

¿Cómo se siente en su relación? _____

¿Se siente espiritualmente realizado (a) en este momento? _____

¿Qué podría ser diferente? _____



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

¿Tiene mascotas? ____ Si contestó que si, por favor cuénteme el nombre (s) ¿Por cuánto tiempo lo (s) ha tenido?_____

COMENTARIOS

Por favor utilice este espacio para escribir algo más que le gustaría discutir:

Firmando al final de ese documento como el cliente, por la presente, declaro que entiendo completamente y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

1. La Dra. Manzanares, no ofrece ni proporciona servicios médicos alopáticos convencionales, medicamentos, cirugía, estimulantes químicos, radioterapia, o cualquier otros tratamientos convencionales; y todos los servicios que ofrece son estrictamente de evaluación, consulta, de nutrición, de observación y de comportamiento.



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

2. La Dra. Manzanares, no recomienda que yo vaya en contra de las órdenes de mi (s) médico (s) y recomienda que continúe mi relación con mi médico de cabecera si lo considero necesario.

3. La Dra. Manzanares, no puede hacer predicciones o promesas en cuanto a los resultados de las sesiones, aparte de que me va a dar su mejor esfuerzo, dedicación y recomendaciones basadas en la combinación de su experiencia clínica y su conocimiento adquirido con los años y con los múltiples estudios y certificaciones obtenidas.

4. Entiendo que la principal persona responsable de mi propia curación y el que decide seguir las recomendaciones dadas soy yo mismo (a).

5. Al firmar este consentimiento informado acepto liberar para siempre la doctora María Manzanares y DharmaGaia Integrative Medicine de cualquier y de todas las acciones, reclamaciones o demandas que yo, mis herederos, familiares, cónyuges y/o representantes legales, pueda(n) tener ahora o en el futuro relacionados en mi participación en la consulta de medicina integrativa o al recibir cualquiera de los servicios ofrecidos por DharmaGaia. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los costos legales y honorarios que puedan resultar de cualquier acción(s) de mi parte o por parte de mi representante(s) contra la Dra. Manzanares o DharmaGaia Integrative Medicine. Si se lleva un caso legal en contra de cualquiera de ellos, estoy de acuerdo en que deben ser juzgados por las normas y principios de la medicina alternativa, y/o medicina complementaria holística y no de las normas y los principios del consenso de la medicina convencional.



DharmaGaia Integrative Medicine
Empowering the Healing Process!

6. Al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera por los costos asociados con la consulta, incluyendo los análisis de laboratorio. Yo no debo asumir que si no me comunico con la Dra. Manzanares y mantengo una consulta de seguimiento, los resultados de las pruebas son normales (o sin anomalías), y que no requiero tratamiento médico adicional o consejo.

7. Entiendo que si llego tarde a mi cita programada, mi sesión terminará a la hora programada originalmente. Si mi consulta comienza tarde, la Dra. Manzanares, me compensará el tiempo al final de la sesión, si es posible o reducirá el costo. Estoy de acuerdo en pagar la tarifa completa para la consulta si pierdo la cita o si no la cancelo con una antelación mínima de 24 horas.

Fecha y firma

Nombre impreso:
