



## Formulario de Información para Pacientes Nuevos e Historial Médico.

**Por favor complete todas las páginas y firme la primera y la última.**

\* Recibirá mucha información de la medicina actual, basada en evidencia, que será nueva para usted e incluso puede desafiar sus sistemas de creencias actuales.

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

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

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer      Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO / AVISO DE PRIVACIDAD

Por la presente autorizo a mi(s) medico(s) o profesional de la salud a proporcionar a solicitud de los médicos de Holistic Bio Spa Puerto Vallarta todos y cada uno de los registros relacionados con mi historial médico, servicios prestados y / o tratamientos. Entiendo que el personal de Holistic Bio Spa Puerto Vallarta protegerán mi privacidad de acuerdo al Aviso de Privacidad que tienen publicado y esta información se entregará a otros profesionales solo si es necesario para recibir servicios de salud. Además, entiendo que no divulgarán esta información a menos que haya sido previamente autorizado por escrito por mí.

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

### HISTORIA PERSONAL

¿Ha vivido fuera de su sitio habitual de residencia por más de 6 meses? Si es afirmativo, describa \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

¿Practica de forma regular algún deporte o actividad física? Si es afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Tiene contacto con animales, mascotas, etc.? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_

DESCRIBA SU CONSUMO DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS:

Producto	No	Sí	Cantidad	Diario	Por Semana	Ocasional
Tabaco	___	___	_____	___	___	___
Alcohol	___	___	_____	___	___	___
Café	___	___	_____	___	___	___
Marihuana	___	___	_____	___	___	___
(Otro)	___	___	_____	___	___	___

### HISTORIA MEDICA PERSONAL Y FAMILIAR

Por favor marque si aplica en lo personal o en algún familiar y describa

<i>Enfermedad o Condición</i>	<i>En mi Persona</i>	<i>En un Familiar</i>	<i>Describe Parentesco</i>
Ataque Cardíaco			
Derrame o Embolia Cerebral			
Presión Alta			
Enfermedades del Corazón			
Diabetes			
Obesidad			
Colesterol Alto			
Enfermedades de la Tiroides			
Desorden del Crecimiento			
Desorden del Desarrollo Sexual			
Epilepsia o Convulsiones			
Demencia / Alzheimer			
Ansiedad / Depresión			
Enfermedades Mentales			
Abuso de Drogas / Adicciones			
Enfermedades de los Riñones			
Piedras del Riñón			
Infecciones Urinarias			
Crecimiento de la Próstata			
Alergias Graves			
Deficiencia Inmunológica			
Artritis / Lupus			
Gota			
Fibromialgia / Fatiga Crónica			
Osteoporosis			
Desordenes del Esófago			
Gastritis / Úlceras (estómago)			
Hernia Hiatal			
Colitis / Colon Irritable			
Enfermedad Celiaca			
Enfermedades del Páncreas			
Enfermedades del Hígado			
Hepatitis A, B o C			
Asma			
Enfisema / Bronquitis Crónica			
Tuberculosis			
Anemia			
Trombosis			
Cáncer Uterino			
Cáncer de Mama			
Cáncer de Ovario			
Cáncer de Próstata			

Cáncer de Esófago / Estomago			
Cáncer de Colón			
Cáncer de Hueso			
Cáncer de Tiroides			
Leucemia			
Cáncer de Pulmón			
Cáncer de Piel			
Otros			

**ALERGIAS**

Por favor marque si sabe si es alérgico a alguna o varias de ellas

<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Sulfas
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Nitratos	<input type="checkbox"/> Alergia a tintes	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Alergia a Alimentos	<input type="checkbox"/> Otras Medicinas	<input type="checkbox"/> Productos Químicos	<input type="checkbox"/> Otras

Describa cómo y cuándo fue su reacción alérgica más relevante

---



---



---

**MEDICAMENTOS ACTUALMENTE EN USO**

<i>Nombre del Medicamento</i>	<i>Miligramos, gramos...</i>	<i>Dosis Diarias</i>	<i>Año en que Inició a Usarlo</i>

**HORMONAS QUE TOMA O HA TOMADO (INCLUYE ANTICONCEPTIVOS)**

<i>Nombre de la Hormona</i>	<i>Dosis: mg, gr, unidades</i>	<i>Dosis Diaria</i>	<i>Año en que Inicia su Uso</i>

**USO DE MEDICINAS DE LIBRE ACCESO**

Por favor marque las medicinas de libre acceso que usa ocasional o regularmente

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Tylenol / Paracetamol	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Naproxeno
<input type="checkbox"/> Ayudas para Dormir	<input type="checkbox"/> Laxantes	<input type="checkbox"/> Antiácidos	<input type="checkbox"/> Bloqueadores de ácido
<input type="checkbox"/> Medicinas para Tos	<input type="checkbox"/> Antihistamínicos	<input type="checkbox"/> Descongestionantes	<input type="checkbox"/> Antigripales
<input type="checkbox"/> Fibra	<input type="checkbox"/> Antidiarreicos	<input type="checkbox"/> Digestivos	<input type="checkbox"/> Otros

Escriba cualquier otro que no esté en la lista y describa cómo y desde cuándo los usa

**SUPLEMENTOS NUTRICIONALES**

Por favor marque las opciones que corresponda a los productos que usa o ha usado de forma ocasional o regular

<input type="checkbox"/> VITAMINAS (Multivitamínicos, Complejo B o Individuales como Vitamina A, B, C, D E, K)
<input type="checkbox"/> MINERALES (Calcio, Magnesio, Cromo, Hierro, Zinc, etc.)
<input type="checkbox"/> HERBOLARIOS (Ejemplo: Ginseng, Gingko Biloba, Equinácea, Cúrcuma, Te Verde, Valeriana, etc.)
<input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS (Proteínas, Aminoácidos, Omegas, Acido Glutámico, Creatina, etc.)
<input type="checkbox"/> ENZIMAS (Ayudas Digestivas, Papaína, Bromelina, etc.)
<input type="checkbox"/> OTRAS (Describa)

**HISTORIA GINECOLOGICA (SOLO MUJERES)**

Edad de la Primera Menstruación \_\_\_\_\_ Número de Embarazos \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún Aborto?                    \_\_\_ No            \_\_\_ Si    ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido partos por Cesárea?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

¿Le han hecho Histerectomía?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Fecha \_\_\_\_\_

¿Le han retirado los Ovarios?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Fecha \_\_\_\_\_

¿Le han hecho ligadura de trompas?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Menstruaciones Dolorosas?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Describa \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Quistes o Fibrosis en Mamas?            \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Describa \_\_\_\_\_

¿Amamantó a sus hijos?                    \_\_\_ No            \_\_\_ Si    Describe \_\_\_\_\_

Fechas de su Ultima Menstruación \_\_\_\_\_

¿Cómo considera que fueron sus Menstruaciones?            \_\_\_ Normal            \_\_\_ Anormal    Describe \_\_\_\_\_

¿Se ha practicado alguno de los siguientes estudios?

Mamografía                    \_\_\_ No            \_\_\_ Si            Fecha \_\_\_\_\_

Papanicolau                    \_\_\_ No            \_\_\_ Si            Fecha \_\_\_\_\_

Colposcopia                    \_\_\_ No            \_\_\_ Si            Fecha \_\_\_\_\_

**VACUNAS**

___ Poliomielitis / Sabin	___ D.P.T.	___ Tuberculosis	___ Sarampión
___ Parotiditis	___ Rubeola	___ Hepatitis A	___ Hepatitis B
___ Tifoidea	___ Varicela	___ Neumococo	___ Meningococo
___ Tétanos	___ Influenza	___ Fiebre Amarilla	___ Virus de Papiloma

Otras (Describa)

**INGRESOS AL HOSPITAL Y DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

Registre si ha tenido Hospitalizaciones, Intervenciones y Complicaciones

<i>Razón del Ingreso</i>	<i>Fecha (año)</i>	<i>Complicaciones</i>


### HISTORIA DE TRAUMATISMOS, ACCIDENTES Y FRACTURAS

Por favor registre los accidentes, la atención que recibió y si desarrollo alguna discapacidad permanente

<i>Incidente</i>	<i>Fecha (año)</i>	<i>Atención Recibida, Complicaciones, Discapacidades o Secuelas</i>

### SINTOMAS ACTUALES Y/O RAZONES POR LAS QUE CREE QUE NECESITA REEMPLAZO HOMONAL BIOIDENTICO


### AUTOEVALUACION DE SINTOMAS

Por favor marque si No presenta el síntoma o Si lo presenta en que intensidad lo presenta

<i>Síntoma</i>	<i>No lo he sentido</i>	<i>Si lo Presento</i>		
		<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
Sensación de Malestar General				
Estrés / Ansiedad				
Envejecimiento Acelerado				
Antojos de Dulce				
Antojos de Salado				
Necesidad de Cafeína o Nicotina				
Cambios Repentinos de Humor				
Irritabilidad				
Nerviosismo				
Inestabilidad Emocional				
Reducción del Deseo Sexual				
Dificultad para alcanzar Clímax u Orgasmo				
Disfunción Eréctil / Dificultad para Erecciones				
Disminución de Fuerza o de Masa Muscular				
Fatiga por la Mañana				
Fatiga por la Tarde				
Dolores de Cabeza				
Depresión / Tristeza / Nostalgia				

Frialdad en el Cuerpo				
Frialdad en Extremidades				
Sensación de Escalofrío				
Hinchazón de Tobillos o Muñecas				
Ojos o Cara Papujada / Hinchados				
Bocio / Cuello Grueso				
Lapsos de Memoria				
Pensamientos Nublado / Dificultad para Concentrarse				
Bochornos / Calores				
Sudoración Nocturna				
Dificultad para Dormir / Insomnio				
Somnolencia en el Día				
Ganancia de Peso en la Cintura / Panza				
Ganancia de Peso en la Cadera				
Palpitaciones en el Corazón				
Latidos Rápidos / Taquicardia				
Presión Alta				
Pulso Lento				
Presión Baja				
Azúcar bajo / Hipoglucemia				
Colesterol Alto				
Triglicéridos Altos				
Retención de Líquidos				
Mareos / Vértigo				
Aumento de Vello Facial o en el Cuerpo				
Disminución de Vello Facial o en el Cuerpo				
Calvicie / Alopecia				
Acné / Seborrea / Caspa				
Cabello Seco y Quebradizo				
Piel Reseca				
Piel Delgada				
Uñas Quebradizas y Frágiles				
Alergias				
Sensibilidad a Químicos				
Cólicos				
Sensaciones en los Senos				
Infertilidad / Dificultad para Embarazar o Embarazarse				
Resequedad Vaginal / Atrofia Vaginal				
Infección Vaginal Frecuente				
Infección Urinaria Frecuente				
Cambios en el Ciclo Menstrual				
Sangrado Intermenstrual / Sangrado Vaginal Anormal				
Otros				

¿Cuándo aparecieron los síntomas que marco en la lista que recién llenó? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si ya ha tomado tratamientos hormonales describa los cambios que tuvieron los síntomas arriba enlistados \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Por qué medio se enteró y nació su interés por el tratamiento hormonal Bio-idéntico?

\_\_\_\_ Doctor    \_\_\_\_ Otro Paciente    \_\_\_\_ Amigo/Familiar    \_\_\_\_ Libros/Revistas    \_\_\_\_ Internet    \_\_\_\_ Otros

Describe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es el objetivo al tomar Tratamiento Hormonal Bio-Idéntico?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier duda o pregunta respecto al Tratamiento con Hormonas Bio-Idénticas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tienes Hemorroides?     Sí     NO

¿Tienes sangrado Rectal?     Sí     NO

¿Has tenido alguna Cirugía Rectal? (Explicar): \_\_\_\_\_

Toma diuréticos / anticoagulantes? \_\_\_\_\_

¿Presenta usted alguno de los siguientes?

Epilepsia

Marcapasos

Problemas del corazón

Embarazo

Si nos encontró en la web, qué palabras utilizó en el buscador? \_\_\_\_\_



## PERMISO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR:

Holistic Bio Spa se compromete a mantener la privacidad de toda información sobre su estado de salud o tratamiento realizado dentro del Spa. La creación de un registro que detalla la atención y los servicios que recibe ayuda a este Centro Holístico, para ofrecerle atención médica alternativa de calidad. Holistic Bio Spa es un centro médico; Su médico consultor es responsable de su diagnóstico / protocolo. No son empleados de HBS.

Confirmando que seguiré con los tratamientos recomendados por mi consultor, con el fin de mejorar mi calidad de vida, y no para la "CURA" de cualquier enfermedad.

Entiendo que estos análisis no son un método de "diagnóstico" o "tratamiento" o "curación" de cualquier enfermedad, incluyendo las condiciones de cáncer, VIH, infecciones u otras afecciones médicas, y que éstos no están siendo probados para transformación o descompilación. Ninguna promesa o garantía se ha hecho con respecto a los resultados de este análisis y las pruebas o la salud natural, los programas nutricionales o dietéticos recomendados, sino que entiendo que este es un medio por el cual los programas naturales seguros se pueden desarrollar con el fin de lograr un estado más óptimo de la salud.

Si todavía experimenta dolor abdominal, incomodidad, diarrea, estreñimiento, gases e hinchazón, sangre o mucosidad en las heces, fiebre o cualquier síntoma abdominal persistente después de haber realizado hidroterapia de colon, notifique a Holistic Bio Spa y consulte a su médico de inmediato.

Certifico que este documento es totalmente válido incluso en el caso de errores de ortografía de mi nombre, e inconsistencias con mi firma, porque reconozco y acepto el propósito de este documento que me hace único responsable, y estos son mis deseos y no pueden deshacerse o modificarse por cualquier miembro de la familia o su heredero legal.

Nadie puede demandar o emprender acciones legales contra Holistic Bio Spa o sus afiliados, directores, patrocinadores, socios, subsidiarios, representantes, agentes, empleados, médicos y proveedores, de y contra toda responsabilidad, reclamaciones, gastos, daños y perjuicios, incluyendo honorarios legales (en concepto de indemnización), que surja de o en relación con los tratamientos de spa, servicios e o instalaciones. He leído, comprendido y estoy de acuerdo a lo anterior, esta forma de permiso se aplica a las visitas y consultas posteriores en Holistic Bio Spa.

(Si es menor de edad, se requiere la firma del padre o tutor)

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FAMILIAR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_