



Cuestionario de Salud

Importante:

Complete este cuestionario tan a fondo como sea posible. Algunas de las preguntas pueden parecer ajenas a su condición, pero pueden jugar un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento. Toda la información que usted proporcione en este cuestionario es estrictamente confidencial y pasarán a formar parte de su expediente médico.

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento: (mm/dd/año)	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Estado civil	<input type="text"/>
Ocupación actual	<input type="text"/>
Número de contacto	<input type="text"/>
Número de contacto de un Miembro de familia (mencionar aquí el número de contacto de una persona para emergencias)	<input type="text"/>
Nombre del hostel/hotel	<input type="text"/>
Tipo de retiro de Ayahuasca	<input type="text"/>



Historial Personal de Salud

Enfermedades de infancia: Sarampión Paperas Rubéola Varicela
 Fiebre reumática Polio

Otros:

Enfermedades Médicas:

Enfermedad:	Edad de inicio:	Enfermedad:	Edad de inicio:
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedades corazón	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones severas	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Defectos genéticos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>

Nombre del médico/especialista que figura en su Certificado Médico de Salud y Bienestar reciente (por ejemplo, la nota de aptitud de un médico) que demuestre que ha completado una evaluación y un examen médico recientes:

Fecha de su evaluación y examen médico reciente:



¿Cuánta agua bebe usted al día?

¿Cuántas bebidas con cafeína bebe usted por semana (café, té, soda)?

¿Ha habido algún cambio en su estado general de salud en el último año?

¿Está ahora bajo el cuidado de un médico por un problema en particular?

¿Alguna vez has tenido enfermedades graves, operaciones u hospitalizaciones?
En caso afirmativo, describa

¿Tiene usted alguna enfermedad cardiovascular, incluyendo ataque al corazón?

¿Sufre de problemas de presión arterial alta?

¿Sufre de problemas de presión arterial baja?

Digestión: Por favor marque abajo cual aplica

Rápida () Lenta () Normal ()

¿Usted fuma o mastica tabaco?

¿Hay antecedentes de dependencia de alcohol o de químicos o trastorno emocional que puede afectar a la atención que le ofrecemos?



¿Está usted en una dieta restringida? En caso afirmativo, describa

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de diagnóstico psiquiátrico o psicológico? En caso afirmativo, describa

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico? En caso afirmativo, describa

¿Está usted actualmente en terapia o participa usted es cualquier tipo de grupo de apoyo?

¿Practica la meditación, el yoga, el reiki, la bioenergía o cualquier otra forma de auto-exploración? Si es así, por favor describa

¿Cómo sabe usted de nosotros?

Medicamentos:

Listar todos los medicamentos bajo receta médica y los medicamentos de venta libre, hierbas y vitaminas que usted ha estado tomando de forma regular en los últimos 3 meses, y la fecha de la última toma.

Nombre	Frecuencia	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Alergias:

Liste nombres de medicamentos o alimentos que han dado lugar a una reacción desfavorable. Estado de reacción.

Medicamentos:

Alimentos:

Cirugías & Accidentes:

¿Ha tenido alguna cirugía o accidente?

Por favor explique:

Traumas & Abuso:

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de traumas o abuso físico o emocional?

Por favor explique:

Tenga en cuenta que puede optar por discutir esta cuestión en una conversación privada con el personal de Healing Tree Center en su lugar.



Historia Familiar de Salud

¿Alguno de su familiar sufre de un problema de presión arterial alta? (Esta pregunta se hace para saber la historia de PA de la familia)

¿Alguno de su familiar sufre de un problema de presión arterial baja? (Esta pregunta se hace para saber la historia de PA de la familia)

¿Alguno de su familiar sufre de diabetes? (Esta pregunta se hace para conocer la historia de la diabetes de miembros de la familia)

¿Hay personas en su familia con antecedentes de trastornos psiquiátricos?

¿Tus padres aún están vivos? Si: No:

¿Cómo estuvo tu relación con ellos en el pasado?

¿Cómo está tu relación con ellos ahora?

¿Tienes hermanos? Si No:

Si es así, ¿cuántos de cada uno? Hermanos: Hermanas:

¿Cómo fue/es su relación con ellos en el pasado, y ahora?



¿Hay alguna pieza específica de información médica relacionada que le gustaría añadir? (Esta pregunta se hace para tener toda la información adicional)

¿Alguna vez has utilizado cualquier tipo de drogas? En caso afirmativo, describa

¿hace cuánto tiempo?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Marihuana/Cannabis..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Hongos alucinógenos..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Nicotina..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Alcohol..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Anfetaminas..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Valium..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Cocaina..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Heroína..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Mezcalina..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Crack..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Ketamina..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Ecstasis (MDMA)..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| LSD..... | <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |
| Otros: | | |



Sólo para mujeres:

¿Está embarazada, o hay alguna posibilidad de que podría estar embarazada? Si es así usted no es capaz de participar en la ceremonia de Ayahuasca.

Yes No

Ciclo menstrual regular?

Yes No

Describe:

Control de la natalidad: En caso afirmativo, describa el tipo.

¿Cuáles son sus metas para el retiro de Ayahuasca?

Entiendo la importancia de una historia clínica veraz y completa para asistir a The Healing Tree Center en proporcionar la mejor atención posible.

Firma del paciente: _____
