ZERO MERIDIAN HEALTH

FORMULARIO DE HISTORIA HOMEOPÁTICA
PACIENTE NUEVO

Fecha: _____

Datos de Identificación

Nombre legal completo: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad _____

Peso: _____ Altura: _____

Estado Civil : ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Casado

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

E-mail: _____ Ocupacion: _____

Si Aplicable-Escuela a la que asiste actualmente: _____ Nivel de Escolaridad _____

Con quien vives? _____

Tienes mascotas? ☐ Si ☐ No

Nombre del médico de cabecera _____

Número de teléfono del médico de cabecera _____

ZERO MERIDIAN HEALTH

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACION ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

La homeopatía es un sistema de curación integral, no invasivo e individualizado que brinda alivio a condiciones físicas, emocionales y mentales.

La homeopatía es una práctica de arte de curación alternativa y su práctica sin licencia en el estado de California está contemplada en el Código de Negocios y Profesiones, secciones 2053.5 y 2053.6

En cuanto a la práctica de la homeopatía en Argentina, no existe normativa legal, siempre y cuando sea practicada por quienes tengan licencia médica y para determinadas dolencias.

El tratamiento homeopático considera el estado de salud integral de cada persona y aborda cada condición particular con un remedio homeopático adaptado a cada persona y circunstancia.

En Estados Unidos, los remedios homeopáticos están regulados por la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos. Actualmente no existen productos homeopáticos aprobados por la Administracion de alimentos y medicamentos (FDA). Están disponibles sin receta. Los productos homeopáticos al igual que otros productos farmacéuticos están sujetos a los requisitos de aprobación, or desaprobacion por adulteración y/o etiquetado incorrecto.

En Argentina,existe la ley de medicamentos (Ley N ° 16.643) que determina los "medicamentos homeopáticos" autorizados por las entidades nacionales y la ley de farmacia (Ley N ° 17.565) que habilita la prescripción de preparados aprobados exclusivamente por quienes tienen licencia profesional.

Para evaluar su situación particular, es importante que responda a las partes 1 y 2 del siguiente formulario de historia clinica. Su cooperación es esencial para el proceso de elección del remedio homeopático apropiado.

Su información será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la ley exija la divulgación.

Ejemplos:
1. Una sospecha razonable de abuso de niños o ancianos
2. Una sospecha razonable de que un paciente representa un peligro para sí mismo o para los demás.

ZERO MERIDIAN HEALTH

PARTE 1- INFORMACION SOBRE SU CONDICION

Describa su queja principal incluyendo la fecha aproximada de aparición de la condición, factores relacionados con el inicio, curso, estudios y tratamientos realizados.

Existe algún factor que empeore su queja o que actúe como desencadenante de exacerbaciones?

Describa:

Existen factores que mejoren su condición?

Describa:

Su principal queja corresponde a algún diagnóstico médico convencional?

Describa:

Describa cualquier otra queja o condición médica adicional (física, mental o emocional).

ZERO MERIDIAN HEALTH

HISTORIA DE ENFERMEDADES PASADAS

Marque con un tilde las condiciones que le afectan

PSIQUIATRÍA

- ☐ Historia de Abuso
- ☐ Trastorno Bipolar
- ☐ Depresión, Ideas suicidas, Depresión Post-Parto, Duelo
- ☐ Trastornos de la Alimentación (Anorexia Nerviosa, Bulimia)
- ☐ Trastorno Dismórfico Corporal
- ☐ Trastorno del Control de Impulsos
- ☐ Trastorno Obsesivo- Compulsivo
- ☐ Trastornos de Pánicos
- ☐ Trastorno de Estrés Postraumático (Shock)
- ☐ Psicosis / Esquizofrenia
- ☐ Uso de sustancias (alcohol, anfetaminas, cocaína, opiáceos, etc.)
- ☐ Ideación suicida

PIEL

- ☐ Acne
- ☐ Enfermedades Ampollosas (Pénfigo, Porfiria)
- ☐ Erupciones Medicamentosas / Hipersensibilidad (Urticaria, Eritema)
- ☐ Eczema
- ☐ Infecciones por Hongos (Tiña, Onicomicosis)
- ☐ Erupción Pruriginosa
- ☐ Melanoma
- ☐ Pediculosis

- ☐ Soriasis
- ☐ Tiña
- ☐ Rosácea
- ☐ Sarna
- ☐ Queratosis Seborreica
- ☐ Decoloración de la Piel
- ☐ Infecciones virales (Herpes Simple/ Herpes Zóster / Varicela)

PULMONAR

- ☐ Asma
- ☐ Bronquiolitis
- ☐ Tos Crónica / Bronquitis Crónica
- ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / Enfisema
- ☐ Respiración Dificultosa
- ☐ Neumonía
- ☐ Hipertensión Pulmonar
- ☐ Sarcoidosis
- ☐ Apnea del Sueño
- ☐ Tuberculosis

CARDIOLOGÍA

- ☐ Fibrilación Auricular
- ☐ Cardiomiopatía
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Hipertensión
- ☐ Hipotension
- ☐ Hiperlipidemia

- ☐ Enfermedad Isquémica del Corazón
- ☐ Prolapso de la Válvula Mitral
- ☐ Pericarditis
- ☐ Enfermedad Arterial Periférica
- ☐ Síncope

ENDOCRINOLOGÍA

- ☐ Insuficiencia Suprarrenal
- ☐ Amenorrea
- ☐ Síndrome de Cushing
- ☐ Diabetes tipo 1
- ☐ Diabetes tipo 2
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipogonadismo

REUMATOLOGÍA

- ☐ Dolor de Espalda
- ☐ Gota
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Osteoartritis
- ☐ Lumbago
- ☐ Lupus
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Síndrome de Sjogren
- ☐ Esclerodermia
- ☐ Polimiositis
- ☐ Polimialgia reumática

☐ Artritis Reumatoidea

☐ Vasculitis

HEMATOLOGIA

☐ Anemia

☐ Trastorno de Sangrado / Coagulación

GASTROENTEROLOGIA

☐ Ascitis

☐ Estreñimiento

☐ Diarrea

☐ Dificultad para Tragar

☐ Enfermedad Diverticular

☐ Dolor Epigástrico

☐ Intoxicacion alimenticia

☐ Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

☐ Enfermedad Iinflamatoria Intestinal

☐ Colon Irritable

☐ Enfermedad del Higado

☐ Malabsorcion

☐ Úlceras (Estómago / Duodeno)

☐ Parasitos

ALERGIA E INMUNOLOGIA

☐ Anafilaxia

☐ Angioedema

☐ Rinitis Alérgica

ZERO MERIDIAN HEALTH

NEUROLOGIA

- ☐ Calambres
- ☐ Convulsiones
- ☐ Demencia
- ☐ Mareos
- ☐ Debilidad
- ☐ Dolores de Cabeza
- ☐ Trauma Cranial
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Entumecimiento Muscular
- ☐ Miastenia Gravis
- ☐ Parálisis
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Sindrome de las Piernas Inquietas
- ☐ Accidente Cerebro - Vascular
- ☐ Temblores / Sacudidas / Espasmos
- ☐ Vertigo
- ☐ Debilidad

NEFROLOGÍA / UROLOGÍA

- ☐ Agrandamiento de la Próstata
- ☐ Impotencia
- ☐ Incontinencia
- ☐ Hipertensión Renal
- ☐ Infección del Tracto Urinario (Cistitis, Pielonefritis, Prostatitis)

ZERO MERIDIAN HEALTH

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- ☐ Candida
- ☐ Varicela
- ☐ Citomegalovirus
- ☐ Infecciones por Hongos, Piel o Uñas (Tiña, Cándida, etc.)
- ☐ Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C
- ☐ Herpes
- ☐ HIV/SIDA
- ☐ Endocarditis Infecciosa
- ☐ Influenza A, Influenza B
- ☐ Sarampión
- ☐ Paperas
- ☐ Osteomielitis
- ☐ Otitis Externa
- ☐ Otitis Media
- ☐ Faringitis
- ☐ Rubéola
- ☐ Escarlatina
- ☐ Septicemia
- ☐ Enfermedades de Transmisión Sexual (Uretritis, Cervicitis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Virus del Papiloma Humano, Sífilis, Verrugas)
- ☐ Sinusitis
- ☐ Infección de la piel/folículo piloso (/(impétigo, erisipela, celulitis, foliculitis, furúnculos, ántrax, Folliculitis)
- ☐ Infección de Tejidos Blandos

- ☐ Enfermedad Transmitida por Garrapatas (Lyme,etc)
- ☐ Enfermedas Transmitida por Mosquito (Virus del Zika, el Virus Chikungunya , Dengue, Malaria, etc)
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Enfermedades Ulcerativas Genitales (Chancroide, Herpes Simple / Tipo 2))
- ☐ Varicela-Zoster
- ☐ Tos Ferina

GINECOLOGÍA / OBSTETRICIA

- ☐ Historia de Abortos Espontáneos
- ☐ Historia de Abortos Programados
- ☐ Amenorrea
- ☐ Esterilidad/ Infertilidad
- ☐ Leiomioma
- ☐ Menopausia
- ☐ Náuseas y Vómitos Durante el Embarazo
- ☐ Síndrome Premenstrual
- ☐ Infección Vaginal.

ONCOLOGÍA

- ☐ Cáncer de Mama
- ☐ Cáncer de Cuello Uterino / Utero
- ☐ Cáncer de Colon
- ☐ Cáncer de Ovarios
- ☐ Cancer de Prostata
- ☐ Cáncer de Pulmón
- ☐ Cáncer deTiroides
- ☐ Cancer Testicular
- ☐ Otro _____

☐ Etapa terminal de la vida

CIRUGIA

☐ Apéndice

☐ Cataratas

☐ Piedras de la Vesícula Biliar

☐ Bypass Cardíaco / Stent

☐ HerniaS

☐ Otra _____

☐ Historial de Accidentes o Lesiones Graves - **Describa**

☐ Episodios de inconsciencia - **Describa**

Enumere Medicinas Convencionales y Terapias Alternativas Usadas (Hierbas, Vitaminas, Suplementos, Acupuntura)

Enumere cualquier alergia o sensibilidad a medicamentos o a otra sustancia conocida:

ZERO MERIDIAN HEALTH

Historial familiar de enfermedades pasadas:

Relation	Vivo- Edad	Enfermedades	Fallecido-Edad	Causa de fallecimiento
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Abuelo materno				
Abuela materna				
Padre				
Madre				

Información de Hermanos.- Indique su Posición Escribiendo "Yo mismo"

#	Hermano/Hermana	Vivo / Fallecido / Edad	Enfermedad Sufrida
1			
2			
3			
4			
5			

Alguno de sus familiares tiene la misma condición que usted?

PARTE 2: Información Sobre Usted

Historia Personal

Historia de Nacimiento

Tuvo su madre alguna enfermedad, accidente, conflicto emocional, tratamiento médico o algún problema durante el embarazo? **Describa**

Hubo alguna dificultad durante su nacimiento?

Importantes Acontecimientos del Desarrollo:

Evento	Edad
Sonrisa Social	
Dentición	
Sentarse Sin Soporte	
Comer Comida Solida	
Caminar	
Hablar	
Control de Enuresis	

ZERO MERIDIAN HEALTH

VACUNACION

☐ BCG

☐ Hepatitis B

☐ DTaP (Difteria, Tétanos y Pertussis - Tos Ferina)

☐ Enfermedad por Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)

☐ Polio (IPV)

☐ Enfermedad Neumocócica

☐ Rotavirus

☐ Influenza (Gripe)

☐ Varicela

☐ MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola)

☐ Varicela

☐ VPH (Virus del Papiloma Humano)

☐ Enfermedad meningocócica

☐ Otra

Hubo alguna reacción o problema después de alguna vacuna? **Describa**

Habito	Cuanto?
Alcohol	
Cigarrillo	
Barra de Manteca de cacao para labios	
Cafe	
Vicks VapoRub o cualquier otro Ungüento Tópico de Mentol	
Pastillas para Dormir	
Drogas Recreativas	

HABITOS ALIMENTARIOS

Como esta tu Apetito?

Hay algún Cambio en tu Apetito?

Qué tan seguido Cómes?

Qué te gusta Comer y qué no te gusta?

Tienes Hambre después de Comer?

Hay algún cambio en tu sentido del Gusto?

Te sientes sediente con Frequencia?

Qué te gusta Beber?

MOVIMIENTOS INTESTINALES

Con qué frecuencia Evacúas?

Tienes Urgencia o Incontinencia Fecal?

Tienes que esforzarte para defecar? Experimentas Tenesmo (ganas pero Impedimento)?

Pasas Gases en exceso?

MICCION

Con qué frecuencia Orinas?

Has notado algún Olor Inusual?

Hay algún Problema con el flujo de Orina (dificultad para comenzar, Interrupción, Goteo)?

Te levantas por la noche para Orinar?

Orinas más durante la noche?

Sufres de incontinencia Urinaria?

TEMPERATURA CORPORAL Y TRANSPIRACION

Tienes alguna Sensación de Frío o Calor en alguna parte de tu Cuerpo?

Usas Bolsas Térmicas para extremidades frías?

Cuánto sudas?

Qué parte de tu Cuerpo suda?

Describe tu sudoración (Pegajosa, Fría, Tibia, Grasosa)

Tu sudor produce Olor? Describa

Tu transpiración mancha tu ropa? ¿Qué color?

Sudas en la Cama?

ESTADO EMOCIONAL

Recuerdas algún momento crucial o situación impactante en tu vida? Describa

Experimentas una pérdida de interés o placer en las cosas que generalmente disfrutas?

Experimentas pensamientos de culpa o inutilidad?

Tienes problemas para concentrarte?

Experimentas pensamientos sobre la muerte o el suicidio?

Sientes preocupacion por alguna situación?

Experimentas ataques de pánico?

Experimentas alguna fobia?

Tienes miedo? **Describa**

Tienes dudas o sospechas de algo o de alguien?

Escuchas voces en tu mente?

Qué actividades disfrutas?

Que es lo que te disgusta?

SUEÑOS

Sufres de insomnio?

Tiene problemas para conciliar el sueño?

Cuántas horas duermes en promedio?

Tienes interrupciones durante el sueño?

ZERO MERIDIAN HEALTH

Mientras duermes:

Roncas?

Rechinas los Dientes?

Caminas?

Hablas?

Sueñas? **Describa**

Tienes sueños recurrentes? **Describa**

INDICA SI ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FACTORES TE AFECTA Y ESPECIFICA COMO

	Mejor	Peor
Dia/Luz		
Noche/Oscuridad		
Entorno silencioso		
Musica		
Estando Solo		
En compañía		
Estando inactivo		
Estando ocupado		
Clima caliente		
Clima frio		
Clima lluvioso		
Estando nublado		
Cambio de estaciones		
En ayunas		
Después de comer		
Después de dormir		
Al aire libre		
Cerca del océano		
En la montaña		
En una habitación cerrada		

	Mejor	Peor
En una multitud		
Baño tibio		
Baño de agua fría		
Después de caminar		
Cerca de animales		
Olores fuertes		
Entorno ordenado / limpio		
Después de llorar		
Siendo consolado cuando te sientes triste		