

SALUD Y VIDA SIEMPRE

FORMULARIOS PARA EL PACIENTE

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Complete estos formularios antes de su consulta y entréguelos o envíelos según las instrucciones recibidas.

1. Admisión del paciente
2. Historial de salud y antecedentes
3. Hábitos y estilo de vida
4. Medicamentos y suplementos
5. Evaluación inicial de bienestar
6. Consentimiento informado

SALUD Y VIDA SIEMPRE
1. FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Nombre completo	
Fecha de nacimiento / Edad	
Teléfono	
Correo electrónico	
Dirección	
Contacto de emergencia / relación	
Teléfono de emergencia	
Ocupación	
Médico primario / clínica	

Motivo principal de la consulta:

Objetivos de bienestar:

☐ Alimentación	☐ Hidratación
☐ Sueño	☐ Energía
☐ Estrés	☐ Actividad física
☐ Digestión	☐ Peso saludable
☐ Hábitos	☐ Bienestar general
☐ Educación preventiva	☐ Otro

SALUD Y VIDA SIEMPRE

2. HISTORIAL DE SALUD Y ANTECEDENTES

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Condiciones o diagnósticos médicos conocidos:

Cirugías, hospitalizaciones o lesiones importantes:

Alergias o reacciones conocidas:

Antecedentes familiares relevantes:

☐ Presión arterial alta	☐ Diabetes
☐ Colesterol alto	☐ Enfermedad cardíaca
☐ Problemas respiratorios	☐ Problemas digestivos
☐ Problemas renales	☐ Problemas hepáticos
☐ Problemas de tiroides	☐ Dolor crónico
☐ Ansiedad/depresión diagnosticada	☐ Cáncer
☐ Embarazo actual	☐ Otra condición

SALUD Y VIDA SIEMPRE
3. EVALUACIÓN DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Horas de sueño por noche	
Calidad del sueño (1-10)	
Vasos de agua al día	
Comidas al día	
Frutas/vegetales al día	
Actividad física semanal	
Nivel de estrés (1-10)	
Energía diaria (1-10)	

☐ Fuma	☐ Consume alcohol
☐ Bebidas energéticas	☐ Alto consumo de café
☐ Come tarde en la noche	☐ Ayuna regularmente
☐ Ultraprocesados frecuentes	☐ Cocina mayormente en casa
☐ Toma suplementos	☐ Respiración/relajación
☐ Rutina de ejercicio	☐ Práctica espiritual/devocional

Patrón típico de alimentación en un día:

Dificultades para mantener hábitos saludables:

SALUD Y VIDA SIEMPRE

4. REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Producto / medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo

Suplementos, hierbas o productos naturales usados recientemente:

Reacciones adversas o intolerancias:

No suspenda ni modifique medicamentos recetados sin consultar al profesional que los indicó.

SALUD Y VIDA SIEMPRE

5. EVALUACIÓN INICIAL DE BIENESTAR

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

Califique del 1 al 10, donde 1 = muy deficiente y 10 = excelente.

Área	Puntuación 1-10	Observaciones
Energía		
Sueño		
Digestión		
Hidratación		
Alimentación		
Actividad física		
Manejo del estrés		
Estado de ánimo		
Concentración		
Bienestar general		

Tres prioridades principales que desea trabajar:

SALUD Y VIDA SIEMPRE

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para educación y acompañamiento en bienestar. No sustituye diagnóstico, tratamiento ni atención médica.

- ☐ Declaro que la información proporcionada es verdadera según mi conocimiento y comunicaré cambios relevantes.
- ☐ Entiendo que los servicios se orientan a educación, hábitos y bienestar general y no constituyen diagnóstico médico ni tratamiento de enfermedades.
- ☐ Entiendo que cualquier recomendación sobre alimentación, actividad física, suplementos o prácticas de bienestar debe considerarse junto con mis condiciones, medicamentos y atención profesional.
- ☐ Entiendo que cualquier observación de iridología, si se utiliza, no diagnostica, confirma ni descarta enfermedades.
- ☐ Autorizo el mantenimiento de notas relacionadas con mis sesiones para seguimiento y continuidad del servicio.
- ☐ Entiendo que puedo hacer preguntas, rechazar una recomendación o detener una sesión en cualquier momento.

Nombre del paciente	
Firma del paciente	
Fecha	

Si tiene síntomas nuevos, graves o preocupantes, busque evaluación médica apropiada. En una emergencia, llame al 911.