

FORMA CONFIDENCIAL – HISTORIAL DEL CLIENTE

Nombre _____ Fecha de 1^{era} visita _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____ E-mail _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Ocupación _____
Estado civil _____ ¿Quién lo refirió a Masaje Abdominal Maya? _____
¿Ha recibido masajes terapéuticos antes? _____ ¿De qué tipo? _____

RAZON POR LA CONSULTA

¿Cuál es el área principal donde tiene dolor o que le preocupa? _____
¿Tiene otras áreas de dolor o de preocupación? _____
¿Cuándo lo notó por primera vez? _____ ¿Qué lo causó? _____
¿Qué factores de estrés existían durante este tiempo? _____
¿Qué actividades alivia el dolor? _____ ¿Qué actividades lo hace peor? _____
¿Está empeorando esta condición? ____ ¿Interfiere con su trabajo? ____
¿Interfiere con sus actividades recreativas? ____ ¿Interfiere con su sueño? ____
¿Regularmente hace ejercicio o practica deporte? ____ Frecuencia y tipo _____

HISTORIA FAMILIAR

V-Vivo(a) / F-Fallecido(a) Edad / Causa de muerte Enfermedades importantes que padece (padeció)

Madre _____
Padre _____
Hijos _____
Abuela Materna _____
Abuelo Materno _____
Abuela Paterna _____
Abuelo Paterno _____

(opcional) ¿Existen antecedentes de abuso en su familia? ____ (marque una) emocional físico sexual espiritual
¿Existen antecedentes de alcoholismo o de drogadicción en su familia? _____
¿Existen antecedentes de suicidio en su familia? _____ ¿Algún otro trauma? _____

DIGESTION Y ELIMINACION

Describa un desayuno típico _____
Comida típica _____
Cena típica _____
Bocadillos a través del día _____ Cantidad de vasos de agua que toma al día: _____ Cafeína ____
¿Qué piensa que sería la peor parte de su dieta? _____
¿Qué comidas considera como sus "debilidades"? _____

¿Tiene tendencias de comer en exceso en una sola comida? _____ ¿Con cuáles comidas? _____
¿Después de comer se siente "inflado" o con gas / repite / tiene agruras? _____
¿Con qué comidas pasa esto? _____
¿Tiene sueño o se siente cansado(a) después de comer? _____
¿Qué tan frecuente obra? _____
¿Ha notado cuando obra si sus heces flotan o su hundén en el agua de la tasa? (indique cual) _____
¿Tiene constipación? _____ ¿Sangre en heces? _____ ¿Mucosas en heces? _____ ¿Dolor al obrar? _____
¿Otras preocupaciones? _____

EMOCIONAL Y ESPIRITUAL

¿Qué opinión tiene de su propia persona? _____
Si le es posible, por favor describa la emoción negativa que más le afecta en su vida _____
¿En qué momentos (o *cuándo*) es que experimenta mas esta emoción? _____
¿En qué condiciones de vida (o *dónde*) es que experimenta mas esta emoción? _____
¿Hace oración o tiene alguna práctica espiritual? _____
Por favor describa las siguientes características en su persona: escala 1(ausente) -10 (muy presente)
Fe _____ Esperanza _____ Caridad _____ Generosidad _____ Sentido del humor _____ Gusto por diversión _____
Miedo _____ Pesar o aflicción _____ Otro (describa brevemente) _____
Mencione sus pasatiempos o intereses que le dan un sentimiento de placer o de realización _____
¿Qué logros buscar realizar en seis meses? _____ ¿En un año? _____

HISTORIA MÉDICA

¿En el momento presente, está usted bajo el cuidado de un médico, quiropráctico o algún terapeuta? _____
Si es así, ¿cuál es la razón? _____
Nombre del medico (o terapeuta correspondiente): _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____
Escriba los medicamentos que actualmente está tomando _____

¿Tiene alergias? Especifique hacía qué y la reacción producida: _____
Escriba los suplementos/vitaminas o remedios caseros que esta tomando _____

¿Consume tabaco? _____ Cantidad: _____ paquetes por día ¿Alcohol? _____ Cantidad: _____ onzas por día
¿Marihuana? _____ Cantidad _____ ¿Otras sustancias? _____ ¿Ha recibido tratamiento por adicciones? _____
Si es así, describa su experiencia: _____
Describa sus antecedentes quirúrgicos (año/ tipo): _____

Procedimientos recientes: _____
Hospitalizaciones: _____

Accidentes o traumas _____

¿Se ha lastimado la cabeza o el cóccix con algún golpe o caída? _____

¿Conoce si sufrió algún trauma al nacer? _____

Encierre en un círculo todas las molestias o condiciones que **ACTUALMENTE** experimenta.

Subraye cualquiera que haya tenido en el **PASADO**.

Dolor de cabeza	Zumbidos en los oídos	Siente alfileres en manos, brazos, pies o piernas
Asma	Manos o pies fríos	Problemas con los senos nasales
Tobillos inflamados	Convulsiones	Pérdida del sentido del olfato o gusto
Ciática	Ansiedad	Enfermedades de la piel : acné, hongos, otro: _____
Articulaciones dolorosas	Fatiga	Problemas de la espina dorsal
Articulaciones inflamadas	Depresión	Pérdida de la memoria
Problemas con dormir	Desmayos	Gripes frecuentes/Problemas de vías respiratorias altas
Lentes de contacto	Dentadura postiza	Extremidades amputadas / uso de prótesis
Tensión muscular: (lugar) _____		Venas varicosas (lugar) _____
Hernia o protrusión de un disco vertebral (lugar) _____		Presión sanguínea: Alta Baja

¿Padece de dolores crónicos en su cuerpo? ¿Dónde?

HISTORIAL DE SALUD REPRODUCTIVA - MUJER

Edad de su primera menstruación _____ ¿Cómo fue este proceso para usted? _____

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ Número de partos: _____ Fechas: _____

Terminaciones _____ Fechas _____

Malpartos _____ Fechas _____

¿Cuál fue su experiencia de: Embarazo _____

Trabajo de parto _____

Alumbramiento _____

Post-parto _____

¿Qué medicamentos tomó su madre cuando estaba embarazada con usted? _____

Historial familiar materna: ¿Alguna de las mujeres de la familia de su madre sufre de las siguientes condiciones?

Infertilidad _____ Problemas menstruales _____ Dificultad en menopausia _____

Endometriosis _____ Síntomas pre-menstruales (PMS) _____ Problemas cardíacos _____

Fibroides _____ Cáncer (tipo) _____

Método de anticoncepción : (encierre en un círculo) píldora parche diafragma inyectado condón
método de ritmo natural abstinencia DIU otro: _____

Periodo de uso de anticonceptivos sintéticos (píldora, parche o inyectado): _____

Fecha del papanicolao mas reciente: _____ Resultado: _____

Fecha del periodo menstrual mas reciente: _____ Duración: _____

Episodios de amenorrea: _____ Fechas: _____ Duración: _____

Circule SUS tendencias en la menstruación:

Menstruación dolorosa	Menstruación irregular (atrasado, adelantado)
Mareo	Sangrado oscuro con coágulos al inicio o final del periodo
Ovulación dolorosa	Dolor de cabeza o migraña durante su periodo
Ausencia de ovulación	Sangrado excesivo (más de una toalla por hora)
Depresión durante su periodo	Síntomas pre-menstruales o depresión antes de menstruar
Retención de agua	Sensación de pesadez o presión en la parte baja del pelvis

Indique otros síntomas o signos que se aplican a su caso personal:

Varices en las piernas	_____	Infecciones uterinas	_____
Piernas cansadas y débiles	_____	Orina frecuente	_____
Infecciones de la vejiga urinaria	_____	Flujo vaginal (describa)	_____
Infecciones vaginales	_____	Cerviz incompetente	_____
Dolor en los talones al caminar	_____	Vaginitis	_____
Dolor en la espalda baja	_____	Abortos crónicos	_____
Dolor al tener contacto sexual	_____	Partos prematuros	_____
Constipación	_____	Recién nacidos débiles	_____
Endometriosis	_____	Embarazos difíciles	_____
Endometritis	_____	Manchas con el embarazo	_____
Pólipos uterinos	_____	Inflamación pélvica	_____
Enfermedades sexualmente transmitidas	_____	Vagina seca fuera de la menopausia	_____
Dificultades en la menopausia	_____	Quistes en ovarios o pechos	_____

Adormecimiento en los pies y piernas, especialmente cuando está de pie _____

Cáncer (en el cérvix, vejiga urinaria, útero, ovarios, o intestino bajo) _____

Fibroides (cicatrices) uterinos _____ (tamaño y sitio si son conocidos) _____

¿Actualmente esta bajo un tratamiento para infertilidad? _____ Describa: _____

(IUI, IVF, etc) _____

Nombre de su proveedor de cuidado ginecológico _____

Dirección _____ Teléfono _____

Clasifique su interés en el sexo: Alto _____ Moderado _____ Bajo _____ Ninguno _____

¿Tiene o ha tenido dificultad para obtener un orgasmo? _____

¿Alguna vez fue violada? ____ ¿Ha sido víctima de incesto? ____ ¿Alguna otra trauma? ____ ¿Cuándo? _____

¿Ha recibido asistencia psicológica o emocional para estas áreas? _____

¿Cómo fue su experiencia en este último punto? ¿Cree que le ayudó? _____

MENOPAUSIA (Indique cuáles características se aplican a su caso)

Entra en calor	_____	Pérdida de la memoria	_____	Vagina seca	_____
Insomnio	_____	Cambios de humor	_____	Irritabilidad	_____
Fatiga	_____	Flujo vaginal (color)	_____	Coágulos	_____
Depresión	_____	Menses irregulares	_____	Manchado	_____

Incremento/ decremento de libido _____

Otros síntomas no mencionados _____

Más o menos, ¿cuándo empezaron estos síntomas? _____

Estos síntomas se están: empeorando_____mejorando_____sin cambio_____ Último periodo menstrual _____

¿Ha tenido un periodo cada dos semanas en los últimos años? _____

¿Ha recibido o actualmente esta bajo tratamiento de reemplazo de hormonas? _____ ¿Por cuánto tiempo?_____

Describa esta terapia, sustancias y dosis _____

Razón por abandonar la terapia _____

Otros medicamentos o remedios caseros que esta tomando _____

¿A qué edad tuvo su madre menopausia?_____ ¿Cómo fue esta experiencia? _____

Comentarios adicionales:

HISTORIAL DE SALUD REPRODUCTIVA - HOMBRE

Encierre en un círculo y describa los síntomas cuando necesario

Dolores de cabeza: Migraña ___ De tensión ___ Agrupados ___ Dolor en espalda baja Talones adoloridos

Venas varicosas ___ lugar ___ Depresión Ansiedad Irritabilidad

Adormecimiento de piernas/pies

Antecedentes de enfermedades prostáticas: ___ Tipo: ___ Relación familiar: ___

Antecedentes familiares de cáncer: ___ Tipo: ___ Relación familiar: ___

Historia de enfermedades venéreas: ___ Cuando: ___ Tipo: ___

Clasifique su interés en el sexo: Alto ___ Moderado ___ Bajo: ___ Ninguno: ___

¿Ha tenido o tiene dificultad en obtener un orgasmo? _____

¿Alguna vez fue violado? ___ ¿Ha sido víctima de incesto? ___ ¿Alguna otra trauma? ___ ¿Cuándo? _____

¿Ha recibido asistencia psicológica o emocional para estas áreas? _____

¿Cómo fue su experiencia en este último punto? ¿Cree que le ayudó? _____

Síntomas urinarios (*encierre en un círculo los que aplican a su caso*)

Dolor al orinar

Infecciones de vejiga urinaria/renal

Orina frecuente

Orina en la noche – Frecuencia _____

Cambios en el chorro urinario (describa flujo, chorro, fuerza del flujo) _____

¿Cuándo primero notó estos síntomas? _____

¿Considera que estos se están empeorando o mejorando? Explique: _____

Función eréctil (describa en la forma indicada)

Dificultad en obtener una erección Dificultad en mantener una erección Eyaculación dolorosa

¿Tiene antecedentes de una lesión o trauma de espalda? ___ Explique: _____

¿Cuándo primero notó estos síntomas? _____

¿Considera que estos se están empeorando o mejorando? Explique: _____

Escriba los medicamentos y suplementos que actualmente está tomando _____

R

Resultados del estudio de antígeno específico prostático _____ Fecha del estudio _____

Resultados de cuantificación de espermatozoides _____ Fecha del estudio _____

Comentarios adicionales:

POR FAVOR LEA Y FIRME

Entiendo que el pago por el servicio se realiza al tiempo del tratamiento con excepción de casos con previo arreglo.

Estoy de acuerdo en caso de cancelar la cita, dar notificación mínimo 48 horas antes de esta. Los casos de emergencia extrema se consideran exentos a este último punto.

Entiendo que el tratamiento ofrecido aquí no es un sustituto de un cuidado medico.

Entiendo que la terapeuta no diagnostica enfermedades médicas, o ninguna otra condición física o mental (excepto cuando especificado bajo un campo de práctica profesional).

Por lo tanto, el terapeuta no prescribe tratamientos o farmacéuticos, y tampoco realiza manipulaciones de la espina dorsal (excepto cuando especificado bajo un campo de práctica profesional).

Entiendo que el tratamiento no es un sustituto de tratamientos o diagnósticos médicos y que se recomienda consultar a un profesional calificado para cualquier condición física o mental que yo pueda tener.

He afirmado todas mis condiciones médicas y me hago responsable de mantener el terapeuta informado acerca de mi estado de salud.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____

FORMA CONFIDENCIAL DE ACCESO A INFORMACION

Con base en las regulaciones de la HIPAA todos los terapeutas deben contar con una forma de acceso a información de su cliente *antes* de escribir observación alguna sobre el/ella. La mejor manera de estar en complicidad completa con estas regulaciones es de obtener la firma del cliente que otorga acceso a información en la primera consulta.

Candidatos de certificación deben contar con esta forma firmada antes de escribir cualquier observación sobre el cliente. El cliente debe recibir una copia de esta forma firmada, y el terapeuta también debe mantener una copia archivada.

La confidencialidad de la información médica y personal obtenida durante el transcurso del trabajo del terapeuta tiene una importancia prioritaria.

La falla de complicidad con estas regulaciones puede resultar en sanciones.

Yo, (nombre) _____ dirección _____
teléfono _____ e-mail _____

doy mi permiso, a mi terapeuta, _____
de escribir observaciones sobre mi personal, incluyendo mis antecedentes de salud / médicos y/o información personal que yo decido compartir con el/ella.

Entiendo también que esta información será utilizada de forma anónima con el Arvigo Institute, LLC con propósitos estadísticos y que mi terapeuta puede usar esta información para proveerme con un resumen para mi uso personal.

Firma: _____ Fecha _____