

Centro Ayurvédico para el Bienestar

PO Box 279

Rincon, PR 00677

Ph: 787-291-3651 ~ www.AyurvedicHealers.com ~ email: contact@AyurvedicHealers.com

Cliente Historia

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Recomendado por: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de consulta: _____

¿Cuáles son sus síntomas?

1: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

2: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

3: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

4: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

5: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

6: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

Ocupación _____ ¿Le gusta su trabajo? _____

Tasa de nivel de Fuente _____ estrés laboral del estrés laboral _____

¿Siente la tensión en una parte determinada de su cuerpo? _____

Casado _____ Soltero Divorciado _____

¿Cuántos niños en el hogar? _____ Embarazos _____

¿Cómo se siente acerca de su estado civil actual? _____

Si en una relación, es su feliz? _____

La vida familiar se hace hincapié en _____

La historia clínica

¿Qué enfermedades importantes o de las operaciones ha tenido en su vida?

¿Ha tenido un examen médico en el último año? _____

Resultados de examen? _____

¿Está tomando algún medicamento? ___ No ___ Sí Cuáles: _____

¿Usted ha experimentado siempre una de las siguientes:

___ Dolor abdominal

___ Alergias

___ Artritis

___ Asma:-la niñez o la

-Inicio en el adulto

___ Visión borrosa

___ Problemas circulatorios

___ estreñimiento

-Cuando _____

___ Diarrea

___ Problemas digestivos

-Cuando _____

___ Los dolores de cabeza

___ Fatiga / agotamiento

¿Por qué _____

___ Alta / Baja Presión Arterial

___ El insomnio

Cuando _____

___ Presión arterial baja _____

___ Regularidad menstrual _____

___ Las migrañas: Cuando _____

¿Con qué frecuencia _____

___ Aborto Involuntario

___ PMS-Síntomas: _____

___ Respiratoria problems _____

¿Tiene usted experiencia: congestión,
sequedad, la flema y donde en body _____

___ Infecciones de los senos

___ Problemas de la piel

¿Qué tipo _____

___ Las úlceras estomacales

Varices

Información General de Salud

¿Tiene usted una dieta saludable: ___ Siempre ___ La mayor parte del tiempo ___ A veces ___ Nunca

Ejercicio: ___ Una vez al día Una vez por semana ___ más de 1 x semana ___ Rara vez ___ No

¿Qué tipos de ejercicio: _____

Historia de Familia

Enfermedades del lado de su Padre de familia:

Enfermedades de lado de tu madre de familia: _____
