

FORMULARIO DE SÍNTOMAS DE EVSD

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS GENERALES

Cédula/Email _____

Apellido Paterno _____

Nombre _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Edad _____

Estado civil _____

Lugar Trabajo _____

Cargo _____

Tel ofi _____ Tel casa _____

Tel Móvil whatsapp _____

Estado/Provincia _____

País de residencia _____

DATOS PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Personas que viven con usted (Ej. Conyugue, 2 hijos, suegra, madre, 1 hermana)



Escolaridad _____

Persona que cocina en casa _____

DATOS ANTROPOMÉTICOS/SIGNOS VITALES

Peso _____ kg Talla _____ cms IMC _____

Frecuencia cardiaca _____

Presión arterial actual _____

CIRUGÍAS

Cirugías _____

Órganos extirpados _____

ANTECEDENTES

Responda usando los ejemplos entre paréntesis.

Fecha de consulta			
Duerme usted con ventanas cerradas totalmente con abanico o aire acondicionado (Si / No)			

Habla usted mucho o muy rápido (Si / No)			
Tararea, silba, ora verbalmente, sopla globos o instrumentos de viento (Si / No)			
¿Fuma? (No / Ocasional / Frecuente)			
Sufre de diabetes (Si / No)			
Se medica para diabetes (Si / No)			
Sufre de hipertensión (Si / No)			
Se medica para hipertensión (Si / No)			
¿Ha sufrido cáncer antes? (Si / No)			
¿Sufre cáncer ahora? (Si / No)			
¿En dónde padece cáncer? (Ej.: <i>hígado / recto</i>)			
¿Recibe o ha recibido quimio o radio? (Si / No)			

Suda durante el día: - (<i>Poco / Regular / Mucho</i>)			
Suda al dormir: - (<i>Poco / Regular / Mucho</i>)			
Evacuaciones Intestinales x día (Ej.: 2; 1 c/2días,)			
Flema de color amarillo o verde por Nariz: (<i>Poco / Regular / Mucho</i>)			
Flema de color amarillo o verde por Garganta: (<i>Poco / Regular / Mucho</i>)			
Líquido en Tazas x día (Ejemplo: 8)			
Come usted frutas a diario (<i>Mucho / Poco / Nada</i>)			
Come usted vegetales a diario (<i>Mucho / Poco / Nada</i>)			
Actividad física doméstica: barrer, trapear, lavar, etc. (Ej. Diario / 3xSem)			



Ejercicio físico: caminar, gimnasia, bailar (Ej. Diario / 3xsem)			
¿Embarazada o en Lactancia? (Si / No)			

OTRAS ENFERMEDADES diagnosticadas por médicos:

MEDICAMENTOS que utiliza:

SÍNTOMAS A CONTAR

- **EN “EVALUACIÓN INICIAL”**

(día 0) utilice una de las siguientes letras para responder sus síntomas:

D: Diario, si el síntoma se presenta una o más veces a diario o si existe la condición como tal

M: Mensual, si el síntoma se presenta una o más veces semanal, quincenal, mensual.

B: es ocasional si el síntoma se presenta cada 2 meses o más.

A: antes le daba pero ahora no

IMPORTANTE: Si no padece o casi no padece el síntoma deje la casilla de respuesta vacía.

- **EN “EVALUACIONES SIGUIENTES”**

cada 30 días (día 30, día 60, día 90, día 120, día 150) utilice una de los siguientes signos para responder sus síntomas:

▪: *el signo menos (-) si el síntoma se presenta menos que antes ya sea en frecuencia, duración o intensidad.*

≡: *el signo igual (=) si el síntoma se presenta igual que antes sin cambio alguno.*

⊕: *el signo más (+) si el síntoma se presenta más que antes en intensidad, duración o frecuencia.*

	Evaluación al día	0 ó 90	30 ó 120	60 ó 150
A3	ACIDEZ estomacal o Reflujo			
A6	Adormecimiento, calambre, hormigueo, pesadez en brazos o piernas?			
A9	Agitación x ejercicio, al subir escalera 2 planta o se cansa rápido al caminar			
A12	Al dormir, sobresalto, sueño Inquieto, pesadilla, soñar en			

	exceso, sensación de caerse de la cama-en agujero-abismo, se queja, habla, murmura dormid@, sonambulismo, Temores			
A15	Alergia a polvo u olor, ojo, estornuda mucho, piel, nariz, garganta			
A18	Aprieta o rechina dientes al dormir, dientes desgastados o amanece con dolor mandibular (Bruxismo)			
A21	Arteriosclerosis diagnosticada (endurecimiento de arterias y formación de placa de grasa dentro de ellas).			
A24	Asma diagnosticada			
B3	BAJA de peso en los últimos meses sin dieta			
C3	CAIDA cabello excesiva			
C6	Cansancio durante el día entre 8am-5pm			

C9	Cansancio matutino (al levantarse en la mañana)			
C12	<i>Congestión Paranasal Fuerte</i> (sensación pesadez alrededor de ojos y nariz)			
C15	Convulsiones o desmayos			
C18	Debilidad en brazos o manos (le cuesta abrir frascos con tapas algo duras).			
D3	DEBILIDAD o fallo articular en piernas, tobillo o rodilla que desequilibra al subir o bajar escalera			
D6	Depresión (tristeza o desgano sin motivo)			
D9	Descamación o Resequedad en piel de pies y manos si no aplica crema			
D12	Desequilibrio al caminar – se va de lado			
D15	Disminución libido –tiene poco o nulo deseo sexual			

D18	Disminución libido – tiene dificultad eréctil			
D21	Disnea / Disnea emotiva (le hace falta aire)			
E3	ESCALOFRÍO, es Friolent@			
E6	Esófago, dolor			
E9	Estreñimiento o evacuaciones intestinales difíciles			
E12	ESTRÉS o ansiedad			
E15	Extremidades frías			
F3	Fiebre			
F6	Fogaje, calor, fiebre interna, Fiebre Externa, sofoco, ardor debajo de la piel, Electricidad estática al tocar cosas o personas			
F9	Fosa nasal obstruida			
F12	Fragilidad capilar (despierta con moretones y no recuerda haberse golpeado)			
G3	Ganglios inflamados que no duelen			

G6	Ganglios inflamados que si duelen			
G9	GARGANTA carraspera, DOLOR, Disfonía			
G12	Garganta, amígdalas inflamadas			
G15	Garganta, atoramiento			
G18	Garganta, tos			
G21	Gases orales o anales			
G24	Gases sonoros por intestino, aventamiento después de comer, heces sueltas o deformes, digestión lenta			
H3	Hambre excesiva			
H6	HEMORROIDES, Sangre en heces, molestias, picazón, punzadas o ardores en recto o ano			
H9	Hinchazón en manos o pies (zapatos o anillos a veces sueltos y a veces apretados)			
H12	Hipo			

H15	Hongos en uña de manos o pies			
I3	INFECCIÓN vaginal			
I6	Insomnio, dificultad para conciliar sueño a primera noche o a media madrugada si despierta			
I9	Irregularidad menstrual			
I12	Irritable (se enoja fácil sea que lo controle o no)			
L03	LACRIMACIÓN excesiva			
M3	MANCHAS claras u oscuras en piel			
M6	Manos rígidas matutina			
M9	Mareos, Vértigo			
M12	Memoria mala (se le olvida para que llamaba o lo que iba a hacer)			
M15	Molestia en abdomen superior derecho			
M18	Molestia en abdomen superior izquierdo			

M21	Molestia en apéndice y refleja a pierna derecha			
M24	Molestia en articulación de la mandíbula			
M27	Molestia en bajo vientre			
M30	Molestia en cabeza (dolor o migraña)			
M33	Molestia en cabeza (bombeo, siente humo, u otras)			
M36	Molestia en cadera baja posterior			
M39	Molestia en cadera en articulación con muslo			
M42	Molestia en cara			
M45	Molestia en codo			
M48	Molestia en corazón, punzada, dolor, opresión, gas, aceleramiento o cambia de ritmo.			
M51	Molestia en costilla			
M54	Molestia en cuello			
M57	Molestia en dedos			
M60	Molestia en espalda ALTA			

M63	Molestia en espalda BAJA			
M66	Molestia en espalda MEDIA donde se localizan los riñones			
M69	Molestia en espalda MEDIA en el centro de la columna vertebral			
M72	Molestia en hombro			
M75	Molestia en mano			
M78	Molestia en mastoides (detrás de las orejas)			
M81	Molestia en muñeca			
M84	Molestia en músculos de muslo			
M87	Molestia en músculos Punzada / se mueven solos (Fasciculaciones)			
M90	Molestia en omoplato			
M93	Molestia en ovario, punzada o cólico menstrual			
M93	Molestia en ovario, quistes			
M96	Molestia en pie al levantarse en la mañana o por estar de pie un tiempo corto.			

M99	Molestia en pierna			
M102	Molestia en rodilla			
M105	Molestia en seno, Halones, punzadas, ardores			
M108	Molestia en seno, quistes			
M111	Molestia en tobillo			
O3	OIDO pica, zumba, silva, dolor, oye menos o mal, se tapa, no entiende ocasional lo que le dicen			
O6	Oídos, secreciones			
O9	Ojos, punzadas, duelen, arden, resecos, ve arañitas o lucecitas.			
O12	Ojos, siente brusca que no existe			
O15	Orina con chorro delgado, Intermitente, partido, demora inicial, caño intermitente al final			
O18	Orina, dificultad para retener la orina o sale sola			

O21	Orina, dolor o ardor al orinar			
O24	Orina, sensación de no vaciar la vejiga después de orinar			
O27	Orina, urgencia por al orinar al tomar un poco de agua			
O30	Orina, urgencia urinaria y orina poquito.			
O33	Osteoporosis u osteopenia			
P3	Picazón en vagina			
P6	PICAZÓN piel sin razón o al sudar			
P9	Piel Reseca, Dermatitis, grano, tetillas			
P12	Piel, LUNAR CAMBIANTE			
P15	Punzada, calambre u otra molestia en perineo (área entre genitales y ano)			
R3	RESEQUEDAD en boca, labio, nariz, garganta, o vagina			
R6	Resequedad vaginal			
R9	Resfriado fallido en garganta (al levantarse, sensación en			

	garganta como si fuese a resfriarse y se quita con el pasar del día).			
R12	Resfriado nulo (tiene más de 3 años que no se resfría)			
R15	Ronca duro o suave o alguien se lo ha dicho			
S3	SABOR extraño matutino (amargo, ácido, metálico, pastoso).			
S6	Sabor extraño o molestias al comer grasas			
S9	Saliva excesiva, blanca, ácida			
S12	Sangrado por nariz			
S15	Sed excesiva			
S18	Sinusitis, rinitis fuerte			
S21	Suda bastante en cabeza-cuello y tórax.			
S24	Sudor en piel de pies y manos con o sin aplicación de polvo			
T3	TEMBLORES en extremidades (sin tener Parkinson)			

T6	Temblores en extremidades por Parkinson			
T9	Traqueo en las articulaciones voluntarios o involuntarios.			
U3	UÑAS débiles, uñas que no crecen, dientes débiles			
V3	VARICES delgadas, medianas o gruesas visibles en piernas			
V6	VARICES duelen o pican			
V9	VARICES internas (que le hayan sido diagnosticadas)			
	RECuento DE SÍNTOMAS			

SERVICIO QUE DESEA UTILIZAR

_____ CUADRAPACK AFG (4 Consultas Remotas)

_____ CORE-PLUS (3 Consultas Remota)

_____ LISAR (Listado de Síntomas de Anillos Reumáticos)

MOTIVOS DE CONSULTA

1er motivo de consulta _____



2do motivo de consulta _____

3er motivo de consulta _____

COMENTARIO.

(máximo 200 caracteres)

DECLARACIÓN

Declara el paciente que su información es correcta, que entiende y acepto que los análisis de síntomas o iridológicos y sugerencias naturopáticas no son obligatorias y no sustituyen otras pruebas, terapias o medicaciones que reciba por parte de otros profesionales de salud por lo cual el Dr. Omar Moreno

y personal asistente no serán responsables de las decisiones que tome el paciente o familiares sobre estos aspectos. Al llenar y enviar este formulario acepta el/la paciente que los documentos suministrados serán en formato digital enviados a su correo electrónico o número de móvil.

Para constancia de aceptación envía el paciente o su representante este formulario de evaluación de síntomas.