



**Boost in Life**  
The Culture of Health, Light and Inner Peace

## HISTORIA CLÍNICA

**FECHA de primera consulta:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha nacimiento:**

**Escolaridad:**

**Ocupación:**

**Esta conforme:**

**Actividad física:**

**Adicciones:**

**Mascotas:**

**Estado civil:**

**Con quién vive:**

**Menarca:**

**Ciclos:**

**Embarazos:**

**Partos:**

**Hijos:**

**Cesáreas:**

**Fórceps:**

**Menopausia:**

**ACCIDENTES:**

**Cirugías:**

**Fracturas:**

**TENSIÓN ARTERIAL:**

**Peso:    Altura:**

**GRUPO SANGUÍNEO:**

**APETITO:**    Normal:

Aumentado:

Disminuido:

Horario de comidas:

Respeta:

No respeta:



**Boost in Life**  
The Culture of Health, Light and Inner Peace

**SABOR PREFERIDO:**

Amargo:

Dulce:

Salado:

**CLIMA PREFERIDO:**

**EVACUACIÓN INTESTINAL:** Normal: Diarrea: Constipación:

**Número de veces:**

**Aspecto:**

**ORINA:**

**Frecuencia:** Aumentada: Disminuida: Normal:

**Orina de noche:** Si: No:

**Color:**

**CALIDAD DE SUEÑO:** Bueno: Regular: Malo:

**Cantidad de horas:**

**Insomnio:**

**Tarda en conciliar el sueño:**

**Se duerme y luego se despierta:**

**Horarios:**

**MOTIVO de CONSULTA:** (dolencias físicas, emocionales, espirituales):

**Dolencias físicas:** (circunstancias que rodean al malestar).

**Actitud a la que llega a la consulta:**

*Actitud en la primera vez: Confiada:*

*Temerosa:*

**DATOS DEL CARÁCTER Y LAS EMOCIONES:**

**PROFESIONALES CONSULTADOS y TRATAMIENTOS PREVIOS:**

**ESTUDIOS CLINICOS:**

**Laboratorio fecha:**



**Boost in Life**  
The Culture of Health, Light and Inner Peace

**Ecografías fecha:**

**Rx: fecha:**

**TAC fecha:**

**RMN fecha:**

## **DOLENCIAS FISICAS**

**Las más marcadas, signos y síntomas clínicos.**

### **1- Cabeza dolor:**

Frecuencia:

Duración:

Localización:

### **2- Cuello dolor:**

**Contractura:**

### **3- Espalda dolor:**

Localización:

Dorsal:

Lumbar:

### **4- Piernas localización del dolor:**



**-Edemas:**

**Duro:**

**Blando:**

**-Cambios de coloración de la piel:**

**-Infección:**

**-Ulceras:**

**Localización:**

**5- Rodillas dolor:**

**Derecha:**

**Izquierda:**

**6- Cadera dolor:**

**Derecha:**

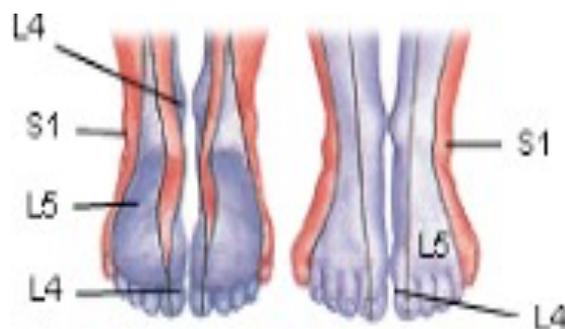
**Izquierda:**

**7- Ciática:**

**Unilateral:**

**Bilateral:**

**8- Pie localización del dolor:**



**Pie Derecho:**

**Pie Izquierdo:**

**Retracción de tendones extensores:**

**DATOS IMPORTANTES:**

**Marcapasos:**

**Embarazo:**

**Bomba de insulina:**



**Boost in Life**  
The Culture of Health, Light and Inner Peace

Conductor rápido:

Medio:

Resistente:

**Sentido corriente: DI:**

**Medicamentos que consume:**

**Homeopatía:**

**Fitoterapia:**

**Esencias florales:**

**Medicamentos químicos alopáticos:**

**Sus expectativas con este tratamiento:**



**Boost in Life**  
The Culture of Health, Light and Inner Peace