

**Cacahuamilpa # 19**  
**Col. Hipódromo Condesa**  
**México 06100, D.F.**  
**Tel. y Fax: 5- 207-5278**  
5-207-5280, 5-207-8717

**Consultorio**  
**Dr. Dieter le Noir**

**CUESTIONARIO INICIAL**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección:

Calle: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

¿Como se enteró de nuestros servicios? \_\_\_\_\_ ¿Quién refirió? \_\_\_\_\_

**Nota:** Por favor conteste el siguiente cuestionario dando la mayor cantidad de información posible, para poder obtener un panorama completo de su estado físico, mental y emocional. Si usted se siente incómodo(a) por alguna pregunta no la conteste. La información obtenida en este cuestionario tiene un carácter estrictamente confidencial.

**Problemas actuales**

¿Cuáles consideraría usted como sus problemas de salud más importantes?

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_

**Historia familiar**

Enfermedades en su familia ( abuelos, padres, hermanos e hijos )  
Diabetes, presión alta, infartos coronarios, artritis, cáncer etc.

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales**

Nacimiento: Prematuro SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Problemas respiratorios al nacer: \_\_\_\_\_

Lactancia materna: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Por cuanto tiempo (aprox.): \_\_\_\_\_

¿Sabe usted si tuvo reacciones alérgicas en la infancia? ( Leche, huevo, fresas, etc ) SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Salud durante la infancia: Buena: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Mala: \_\_\_\_\_

Enfermedades que han afectado su salud desde la infancia hasta ahora: ( en orden cronológico ):

---

---

---

---

---

---

Hospitalizaciones (año y causa ) \_\_\_\_\_

---

---

**Historia de uso de medicamentos**

Medicamentos usados en el pasado (nombre)	Por cuánto tiempo y fecha (aprox.)	Ayudó Sí o No	Reacciones adversas

Prescripciones actuales Nombre	Desde cuándo	Ayuda Sí o No	Reacciones adversas

## **Estilo de vida**

¿Está siguiendo usted alguna dieta o restringe usted algún alimento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Está usted satisfecho(a) con su dieta actualmente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Anhela usted el sabor dulce? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Salado: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Acido: Si \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Fuma? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuántos cigarros al día? \_\_\_\_ ¿Por cuántos años? \_\_\_\_

¿Fumó usted en el pasado ? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuándo dejó de hacerlo? \_\_\_\_

¿Consume usted bebidas alcohólicas? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_

¿Consume alguna otra droga ? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Tipo : \_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_

¿Cuántas tasas de café toma al día/ semana? \_\_\_\_

¿Duerme usted bien? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuántas horas duerme en la noche? \_\_\_\_

¿Despierta descansado(a)? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Siente cansancio durante el día? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Está usted satisfecho(a) en su trabajo ? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Está usted en contacto con la naturaleza? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Practica ejercicio regularmente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_

¿Ha vivido en otros lugares, dentro y fuera de México? ( En orden cronológico ) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido sus ocupaciones pasadas ? ( Orden cronológico ) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué hace en su tiempo libre ? \_\_\_\_

Problemas financieros: Mayores: \_\_\_\_ Menores: \_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_

Adaptación en el trabajo/ escuela: Difícil: \_\_\_\_ Fácil: \_\_\_\_

Dificultades sexuales: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Tensión nerviosa, estrés: Mayor: \_\_\_\_ Menor: \_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota: Por favor encierre en un círculo**

- S** = Si padece de la condición **actualmente**  
**P** = La padeció en el **pasado**  
**N** = **Nunca** la tuvo.

**General:**

Peso \_\_\_\_\_  
Peso hace un año \_\_\_\_\_  
Peso máximo \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_  
Altura \_\_\_\_\_

Sudores nocturnos	S	P	N
Fatiga	S	P	N

**Piel**

Erupciones cutáneas	S	P	N
Inflamaciones	S	P	N
Infecciones	S	P	N
Cambios en pelo y uñas	S	P	N

**Cabeza**

Dolor de cabeza	S	P	N
Lesiones	S	P	N

**Ojos**

Visión impedida	S	P	N
Dolor ocular	S	P	N
Inflamación	S	P	N
Resequedad	S	P	N

**Oídos**

Pérdida acústica	S	P	N
Zumbido	S	P	N
Dolor	S	P	N
Infecciones	S	P	N

**Senos paranasales y Nariz**

Catarros frecuentes	S	P	N
Sangrado de nariz	S	P	N
Congestión	S	P	N
Sinusitis	S	P	N

**Boca y Garganta**

Amigdalitis frecuente	S	P	N
Lesiones en la boca	S	P	N
Problemas periodontales	S	P	N
Gingivitis	S	P	N
Ronquera	S	P	N

**Cuello**

Ganglios inflamados	S	P	N
Dolor o rigidez	S	P	N

**Respiratorio**

Tos	S	P	N
Tos con sangre	S	P	N
Exceso de moco	S	P	N
Dificultad respiratoria	S	P	N
Dolor al respirar	S	P	N
Disnea (sed de aire)	S	P	N
Al acostarse	S	P	N
en la noche	S	P	N
Infecciones pulmonares	S	P	N

**Corazón**

Enfermedades del corazón	S	P	N
Presión alta	SI		NO
Fiebre reumática	SI		NO
Dolor en el área	S	P	N
Hinchazón en tobillos	S	P	N
Palpitaciones	S	P	N

**Digestión**

Acidez	S	P	N
Dolor de estómago	S	P	N
Cambios en la sed	S	P	N
Cambios en el apetito	S	P	N
Náusea	S	P	N
Vómito	S	P	N
Evacuaciones			
veces al día			

Evacuaciones sueltas	S	P	N
Estreñimiento	S	P	N
Sangre en evacuaciones	S	P	N
Gas	S	P	N
Problemas con la vesícula biliar	S	P	N
Hemorroides	S	P	N

**Aparato urinario**

Dolor al orinar	S	P	N
Frecuencia urinaria aumentada	S	P	N
Frecuencia urinaria por la noche	S	P	N
Tenesmo (sensación de retención urinaria)	S	P	N
Infecciones urinarias	S	P	N

**S** = **Si** padece de la condición **actualmente**

**P** = Lo padeció en el **pasado**

**N** = **Nunca** la tuvo

### Circulación

Dolor profundo en piernas	S	P	N
Manos y pies fríos	S	P	N
Venas varicosas	S	P	N

### Sistema Neurológico

Convulsiones	S	P	N
Parálisis	S	P	N
Debilitamiento muscular	S	P	N
Parestesias (sensación de hormigueo en el cuerpo)	S	P	N
Pérdida de memoria	S	P	N
Depresión	S	P	N

### Músculo esquelético

Dolor en articulaciones	S	P	N
Fracturas	S	P	N
Espasmos musculares	S	P	N
Debilidad muscular	S	P	N
Artritis	S		N

### Ginecológico

Menarca ( inicio de menstruación )	_____		
No. de días de flujo menstrual	_____		
Ciclo completo (días)	_____		
Sangrado entre periodos	S	P	N
Ciclo regular	S	P	N
Dolor durante sexo	S	P	N
Cólicos	S	P	N
Flujo vaginal anormal	S	P	N
Flujo excesivo	S	P	N
Síndrome premenstrual	S	P	N
Anticonceptivos	S	P	N

¿Qué tipo?

Por cuanto tiempo

Problemas de infertilidad	S	P	N
Síntomas menopáusicos	S	P	N
Tratamiento hormonal	SI		NO
¿Sexualmente activa ?	SI		NO
Enfermedades venéreas	S	P	N
No. de embarazos	_____		
No. partos vivos	_____		
No. de óbitos ( nacimientos muertos)	_____		
Abortos naturales	_____		

### Senos

Quistes	S	P	N
Masas anormales	S	P	N
Dolor, molestias	S	P	N
Practica examen propio	SI		NO
Secreción por el pezón	S	P	N

### Sistema Endocrino

Problemas tiroideos	S	P	N
Intolerancia frío/calor	S	P	N
Hipoglucemia (azúcar bajo )	S	P	N
Diabetes	S		N
Sed excesiva	S	P	N
Hambre excesiva	S	P	N
Fácil aumento de peso	S	P	N

### Sistema Reproductivo masculino

Hernias	S	P	N
Masas testiculares	S	P	N
Dolor testicular	S	P	N
¿Sexualmente activo?	S		N
Enfermedades venéreas	S	P	N
Dificultad al orinar	S	P	N

### Las siguientes 2 preguntas son opcionales

Preferencia sexual	_____		
Heterosexual	_____	Bisexual	_____
Homosexual	_____		
No. de abortos inducidos	_____		

## DOSHAS

**Encierre en un círculo los números con los cuales usted se identifica más:**

**1** Casi nunca

**2** Algunas veces

**3** Casi siempre

### Vata

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| • Hago mi trabajo muy rápido   | 1 | 2 | 3 |
| • Memorizo rápido pero<br>tiendo a olvidar rápido                      | 1 | 2 | 3 |
| • Soy muy entusiasta por naturaleza                                    | 1 | 2 | 3 |
| • Me cuesta trabajo tomar decisiones                                   | 1 | 2 | 3 |
| • Tengo tendencia de acumular gas<br>y sufro seguido de estreñimiento. | 1 | 2 | 3 |
| • Tengo tendencia a tener manos<br>y pies fríos                        | 1 | 2 | 3 |
| • Tiendo a preocuparme demasiado                                       | 1 | 2 | 3 |
| • Me angustio con facilidad  | 1 | 2 | 3 |
| • El clima frío me incomoda  | 1 | 2 | 3 |
| • Me emociono con facilidad  | 1 | 2 | 3 |
| • Mi piel tiende a ser seca  | 1 | 2 | 3 |
| • Tengo el sueño ligero e interrumpido                                 | 1 | 2 | 3 |

### Pitta

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| • Mi digestión es muy buena                   | 1 | 2 | 3 |
| • Sudo con facilidad                          | 1 | 2 | 3 |
| • Me irrito si no como a la hora exacta       | 1 | 2 | 3 |
| • Si quiero puedo comer muchísimo             | 1 | 2 | 3 |
| • Me impaciento con facilidad                 | 1 | 2 | 3 |
| • Tiendo a ser perfeccionista                 | 1 | 2 | 3 |
| • Me siento incómodo (a) en<br>clima caliente | 1 | 2 | 3 |
| • Me gustan mucho las bebidas<br>muy frías    | 1 | 2 | 3 |
| • Tengo tendencia a criticar y<br>argumentar  | 1 | 2 | 3 |
| • Me enojo con facilidad                      | 1 | 2 | 3 |

### Kapha

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| • Tiendo a hacer las cosas lentamente                                     | 1 | 2 | 3 |
| • Subo de peso con facilidad  | 1 | 2 | 3 |
| • Cuando estoy ocupado (a) puedo dejar<br>pasar una comida sin dificultad | 1 | 2 | 3 |
| • Mi memoria es muy buena   | 1 | 2 | 3 |
| • Me incomoda el clima frío y húmedo                                      | 1 | 2 | 3 |
| • Tengo una piel suave y lisa   | 1 | 2 | 3 |
| • La gente considera que tengo una<br>naturaleza muy noble                | 1 | 2 | 3 |
| • Necesito por lo menos 8 horas de sueño.                                 | 1 | 2 | 3 |
| • Duermo como una “ piedra “  | 1 | 2 | 3 |
| • Si me deprimó, me deprimó<br>muy fuerte                                 | 1 | 2 | 3 |
| • Me encanta comer  | 1 | 2 | 3 |