



# EVALUACION CONFIDENCIAL AUTO-INMUNICIENCIA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Zip

Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Peso Deseado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Cuanto y con que frecuencia?

Fuma tabaco?  Si  No \_\_\_\_\_

Consumo alcohol?  Si  No \_\_\_\_\_

Consumo cafeína?  Si  No \_\_\_\_\_

Hace ejercicio?  Si  No \_\_\_\_\_

Por cuanto ha hecho ejercicio? (meses/ años) \_\_\_\_\_

Tipo de ejercicio preferido? \_\_\_\_\_

Si es sí, favor facilitar (fechas/frecuencia):

Ha tenido ataques de pánico?  Si  No \_\_\_\_\_

Tiene TOC?  Si  No \_\_\_\_\_

Diagnostico con salud mental?  Si  No \_\_\_\_\_

Alguna herida/contusión: cabeza?  Si  No \_\_\_\_\_

Con que frecuencia defeca? \_\_\_\_\_

Número Horas típicas que duerme por noche: \_\_\_\_\_ Hora de dormir regularmente: \_\_\_\_\_

Ininterrumpidas?  Si  No Tiempo/razón de interrupción: \_\_\_\_\_

Se levanta cansado o descansado (aun cuanto duerme 7-8 horas)? \_\_\_\_\_

Está o ha trabajado de noche?  Yes  No

Si es sí, favor describa cuando y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Mi dieta es:

\_\_\_\_\_ Super saludable

\_\_\_\_\_ Mayormente saludable

\_\_\_\_\_ Necesito trabajarla

\_\_\_\_\_ Terrible

Que le gustaría cambiar de su dieta actual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: Favor enlistar las alergias y describir la reacción que ocurre.

Drogas/medicinas: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Historial de medicamentos fuera de Counter: Favor enlistar medicamentos sin receta que está tomando. (Incluye vitaminas, hierbas, y suplementos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uso CBD/THC: Favor enlistar cualquier producto que usa y frecuencia: \_\_\_\_\_

Condiciones médicas/Enfermedades: Favor enlistar cualquier condición/enfermedad que haya sido diagnosticada o que sufra. (Ejemplos: incluir enfermedades del corazón, presión alta, depresión, úlceras, artritis, insomnio etc.).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usted ha dado positivo al virus de Epstein-Barre?  Si  No

Si es sí, favor anotar (fechas/estatus actual): \_\_\_\_\_

Medicinas actuales con receta:

Nombre de medicina y fuerza(mg)

Fecha Inicio

Frecuencia diaria

Condición médica tratada

Trust. Quality. Partnership. Healthy Outcomes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vitaminas y Suplementos actuales: Fecha inicio      Fecha terminación      Razón

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tengo historial familiar con enfermedad autoinmune?  Si  No

He tenido problema crónico bacteriano, hongo o infección viral  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

	Ausente	Suave	Moderado	Severo
Fatiga	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Dolor articulaciones/Inflamación	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Dolor Muscular	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Neuropatia	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Problemas de Piel	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Dolor Abdominal	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Diarrea/Hinchazón	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Problemas Digestivos	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Trastornos Intestinales	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Fiebre Recurrente	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Glándulas Inflamadas	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Coordinación Deteriorada	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Pérdida de Cabello	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Subida de Peso	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

	Ausente	Suave	Moderado	Severo
Pérdida de Peso	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Resequedad de Boca	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Resequedad de Ojos	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Menstruaciones con Dolor	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Desbalance Hormonal	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			

**Ha sido diagnosticado o experimentado síntomas asociados con las siguientes condiciones:**

Enfermedad Celíaca	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Enfermedad de Crons	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Síndrome Intestino Irritable	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Lupus	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Enfermedad Hashimoto	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Esclerosis Múltiple	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Artritis Reumatoide	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			
Síndrome de Sjogren	_____	_____	_____	_____
Describir	_____			

**ESTA PAGINA APLICA SOLO PARA MUJERES**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

Cuantos hijos? \_\_\_\_\_

Algún embarazo interrumpido?  Si

No

Si es si, favor explicar: \_\_\_\_\_

Si ha estado embarazada, como se ha sentido? Favor explicar (ejemplo: grandioso, horrible, como lo esperaba)

Ha tenido ligadura de trompas:  Si

No

Si es sí, fecha cirugía: \_\_\_\_\_

Ha tenido histerectomía?  Si

No

Si es sí, fecha cirugía: \_\_\_\_\_

Razón de histerectomía/ diagnóstico: \_\_\_\_\_

Conserva los ovarios?  Si

No

Ha tenido ablación endometrial?  Si

No

Si es sí, fecha cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha Infección de COVID/ Vacuna: \_\_\_\_\_

Tiene historial familiar de cáncer o osteoporosis? Favor enlistar Miembro(s) de la familia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se ha realizado algunos de los exámenes a continuación?

Mamografía  Si  No

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

Resultado: \_\_\_\_\_

Citología  Si  No

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

Resultado: \_\_\_\_\_

Densidad Huesos  Si  No

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

Resultado: \_\_\_\_\_

A que edad inició su período? \_\_\_\_\_

Cuantos días dura/ciclo (Ejemplo: 28): \_\_\_\_\_

menstrual fuerte o suave? \_\_\_\_\_ Algun coágulo?  Si  No

A que edad (si lo sabe) su madre, tias maternas, hermanas entraron a la menopausia?

\_\_\_\_\_

Ha tenido USTED lo que se consideraría ciclos anormales?

Si

No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando fue su último período? \_\_\_\_\_

Cuantos días duró? \_\_\_\_\_

Tiene o ha sufrido del síndrome de síntomas pre menstruales?

si

No

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Cuales son sus metas al iniciar con Naltrexone en Bajas dosis?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Cuando se ha sentido mejor en su vida? (Favor explicar con detalles)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doctor que debería ser contactado para esta terapia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Zip

\*\*\* Favor incluir una copia de cualquier trabajo de laboratorio relevante que usted se haya hecho recientemente.

Trust. Quality. Partnership. Healthy Outcomes.