



# Natural Healthcare Center

Integrated Health & Wellness Programs

10 West End Court  
Long Branch, NJ 07740  
O 732.222.2219  
F 732.229.8863

9 Leonardville Road  
Middletown, NJ 07748  
O 732.671.9005  
F 732.671.9006

www.Naturalhealthcarecenter.com



## Cuestionario Para Nuevo Pacientes

Por favor Imprima

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

Nombre (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

#Seguro Social \_\_\_\_\_ Genero  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatus Marital  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a) Nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_

Preferencia de idioma:  Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Raza  Blanco  Afro Americano  Hispano  Asiático  Medio Oriente  Islas Pacificas  Americano Nativo

# Casa \_\_\_\_\_ # Trabajo/Celular (por favor indique cual es) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Prefiere se contactado por: (correo electrónico, celular, etc.) \_\_\_\_\_

**LE GUSTARIA SUSCRIBIRSE AL "BLOG" DEL DR. PROODIAN?  SI  NO**

Como fue referido(a) a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Su Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador/a \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona que tiene el Seguro de Salud primario, si no es usted: Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Empleador/a: \_\_\_\_\_ asegurador: \_\_\_\_\_

Persona que tiene el Seguro de Salud primario, si no es usted: Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Empleador/a: \_\_\_\_\_ asegurador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

**Proveedor de Salud Primario:** Usted tiene un Proveedor de Salud Primario?  Si  No

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_

# Telefónico: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

**Medicina Física** USTED TIENE UN MARCAPASOS?  SI  NO

USTED ESTA EMBARAZADA?  SI  NO

### Medicamentos

Fecha que empezó \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Alergias a Medicamentos

Medicamento \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones

Fecha \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ha sufrido o sufre algunas de estas condiciones?

### Gastrointestinal

- Síndrome Intestino Irritable
- Enfermedad Intestino Inflamado
- Enfermedad de Crohn's
- Colitis Ulcerativa
- Gastritis o Enfermedad péptica de la ulcera
- GERD (reflujo)
- Enfermedad celiaca
- Otro \_\_\_\_\_

### Cardiovascular

- Ataque del Corazón
- Derrame Cerebral
- Colesterol elevado
- Tensión arterial alta
- Otro \_\_\_\_\_

### Metabólico/Endocrino

- Diabetes -Tipo 1
- Diabetes -Tipo 2
- Hipoglycemia
- Síndrome Metabólico
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Problemas Endocrinos
- Infertilidad
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Fluctuación frecuentes de peso
- Bulimia
- Anorexia
- Desorden alimenticio (no específico)
- Otro \_\_\_\_\_

### Cáncer

- Cáncer del Pulmón
- Cáncer del Pecho
- Cáncer del Colon
- Cáncer de los Ovarios
- Cáncer de la Prostata
- Cáncer
- Otro \_\_\_\_\_

### Sistemas Genital y Urinario

- Piedras en los Riñones
- Gout (la Gota)
- Infecciones de Levadura frecuentes
- Disfunción Eréctil o Sexual

### Musculoskeletal/ Dolor

- Osteoporosis /Osteopenia
- Escoliosis
- Dolor Muscular
- Brazo dormido/cosquilleo
- Pierna dormida/cosquilleo
- Dolor de cuello
- Dolor medio de la espalda
- Dolor debajo de la espalda
- Dolor de hombro
- Dolor de codo
- Dolor de mano/muñeca
- Dolor de de cadera
- Dolor de rodilla
- Dolor de tobillo/pie
- Dolor de coyuntura \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

### Inflamatorio/Autoimmune

- Síndrome de Fatiga crónica
- Enfermedad Autoimmune
- Artritis Reumatoide
- Lupus SLE
- Immune Deficiency Disease
- Poor Immune Function (Frequent Infections)
- Alergias Alimenticias
- Alergias Ambientales
- Sensibilidades Químicas Múltiples
- Alergia al látex
- Otro \_\_\_\_\_

### Enfermedades Respiratorias

- Asma
- Sinusitis Crónica
- Bronquitis
- Enfisema
- Neumonía
- Tuberculosis
- Apnea del sueño
- Otro \_\_\_\_\_

### Enfermedades de la piel

- Eczema
- Soriasis
- Acne
- Melanoma
- Cáncer de la piel: Tipo \_\_\_\_\_

### Neurológico/Estado de Animo

- Depresión
  - Ansiedad
  - Trastorno Bipolar
  - Dolores de cabeza
  - Migrañas
  - ADD / ADHD
  - Problemas con la memoria
  - Enfermedad de Mal de Parkinson
  - Esclerosis Múltiple
  - otros problemas neurológicos
- \_\_\_\_\_

### Pruebas preventivas y fecha de la última prueba

- Examen físico completo \_\_\_\_\_
- Densidad de los huesos \_\_\_\_\_
- Colonoscopia \_\_\_\_\_
- Prueba de esfuerzo cardíaco \_\_\_\_\_
- EBT Corazón Scan \_\_\_\_\_
- EKG \_\_\_\_\_
- Prueba de sangre oculta/Prueba sangre heces fecales \_\_\_\_\_
- MRI \_\_\_\_\_
- CT Scan \_\_\_\_\_
- Endoscopia \_\_\_\_\_
- Serie GI Superior \_\_\_\_\_
- Ultrasonido \_\_\_\_\_

### Cirugías

- Apendectomía \_\_\_\_\_
  - Histerectomía \_\_\_\_\_
  - Vesícula biliar \_\_\_\_\_
  - Hernia \_\_\_\_\_
  - Amigdalectomía \_\_\_\_\_
  - Cirugía Dental \_\_\_\_\_
  - Reemplazo de articulaciones de rodilla / cadera \_\_\_\_\_
  - Cirugía Cardíaca - Válvula de derivación \_\_\_\_\_
  - angioplastia (endoprotesis vascular) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Marcapasos \_\_\_\_\_
  - Otros \_\_\_\_\_
  - Ningun

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

**Historial Medico Familiar:**

Cáncer \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_ Derrame Cerebral \_\_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Alcoholismo \_\_\_\_\_ Enfermedad de la Tiroides \_\_\_\_\_ Presión Arterial Alta \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas Peso: \_\_\_\_\_ libras

Usted fuma?  Si  No Si no fuma, ha dejado de fumar en los últimos 24 mese (2 años)? Si  No

Si usted tiene 65 años de edad o más, ¿ha recibido una vacuna contra la neumonía? En caso afirmativo,  No  Sí ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Si usted está entre las edades de 50 a 75, ¿ha recibido un examen adecuado para el cáncer colorrectal, como la colonoscopia, la prueba de sangre fecal o sigmoidoscopia? En caso  No  Sí afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Nutricional/Acupuntura**

¿Ha experimentado un cambio significativo de peso en los últimos tres meses?  No  Sí

En caso afirmativo, por favor describa el cambio \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? ¿Cuánto/¿cuándo?  No  Sí \_\_\_\_\_ ¿Usted Toma cafeína todos los días? No  Sí

¿Tiene alergias a algún alimento, restricciones o sensibilidad? \_\_\_\_\_

Describe sus niveles de energía diarios: \_\_\_\_\_

¿Se pone notablemente irritable, mareado(a) o débil si no ha comido en mucho tiempo?  No  Sí

¿Se le antojan ciertos alimentos?  No  Sí Si es afirmativo, qué alimentos y a cuáles horas se le antojan? \_\_\_\_\_

¿Le dan deseos de comer algunos de los siguientes alimentos? Azúcar \_\_\_\_\_ Carne \_\_\_\_\_ Grasa \_\_\_\_\_ Chocolate \_\_\_\_\_

Pescado \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Postres \_\_\_\_\_ Leche \_\_\_\_\_ Pan \_\_\_\_\_ Alimentos fritos \_\_\_\_\_ Sal \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Toma suplementos nutricionales o vitaminas? En caso afirmativo, ¿cuáles?  No  Sí

(Sea específico. Adjunte hojas si es necesario) \_\_\_\_\_

¿Cómo esta su salud dental? \_\_\_\_\_

Cuántas veces evacua (movimientos intestinales) al día? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el color de su orina? Clara \_\_\_\_\_ Amarilla \_\_\_\_\_ Oscura \_\_\_\_\_ Turbia \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme al día? \_\_\_\_\_ ¿Duerme toda la noche? No  Sí

Clasifique su piel sin loción: Muy seca \_\_\_\_\_ Seca \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Grasa \_\_\_\_\_ Combinada \_\_\_\_\_

¿Haces ejercicio aeróbico?  No  Sí Veces/Semana \_\_\_\_\_ minutos / sesión \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicios de fortalecimiento?  No  Sí Veces/Semana \_\_\_\_\_ minutos/sesión \_\_\_\_\_

**Caballeros Solamente:** Por favor indique todos los que aplican:

Frecuente Necesidad de orinar \_\_\_\_\_ Dificultad para orinar \_\_\_\_\_ Dificultad de orinar con perdida de erección \_\_\_\_\_

Agrandamiento de Próstata \_\_\_\_\_

**Damas Solamente: Ciclo Menstrual**

Si usted está entre las edades de 40 a 69, ¿ha recibido una mamografía para detectar el cáncer de mama?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Edad de su primera menstruación: \_\_\_\_\_ días del ciclo (periodo a otro) : # \_\_\_\_\_ # promedio de días que sangra : \_\_\_\_\_

¿Podría estar embarazada? Sí? No? Embarazos : \_\_\_\_\_ Abortos Involuntarios : \_\_\_\_\_ Edad de los niños \_\_\_\_\_

Tipo de Anticoncepción: \_\_\_\_\_

Por favor describa sus embarazos ( a término , complicaciones , partos vaginales ... ) : \_\_\_\_\_

Por favor marque si ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Síndrome Pre-Menstrual \_\_\_\_\_ Dolor entre los ciclos menstruales \_\_\_\_\_ Quistes Ováricos \_\_\_\_\_ Períodos irregulares  
\_\_\_\_\_ Endometriosis \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_ D & C \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_ Dolor durante el coito \_\_\_\_\_ Períodos  
dolorosos \_\_\_\_\_ Infecciones por levaduras \_\_\_\_\_ Pérdida de períodos \_\_\_\_\_ Píldoras anticonceptivas \_\_\_\_\_ Displasia Cervical  
Pechos fibroquísticos \_\_\_\_\_ Orina frecuente \_\_\_\_\_ Dificultad para orinar \_\_\_\_\_

Z:\Data\Master Forms\NHC Forms\New Patient Questionnaire\New Patient Combined (Spanish) (Updated 2/18/16)