# 

**Calle Virgen 3660 la Calma Zapopan 45070 México**

[www.centrocauce.org](http://www.centrocauce.org)

**WhatsApp : 33 1977 5927**

# **PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y nombre |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Lugar de nacimiento |  |
| Sexo |  |
| Dirección |  |
| Teléfono domicilio |  |
| Teléfono celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Facebook |  |
| Peso y altura |  |
| Estado civil |  |
| Número de hijos |  |
| Motivo de la consulta *por qué, qué, cuándo, cómo, desde cuándo, factores calmantes, factores agravantes (preguntas que se deben hacer para comprender el problema).* |  |
| Seguimiento médical: *médico generalista, tratamiento médical actual, antecedentes médicales, antecedentes quirúrgicos, exámenes de salud recientes, patologías diagnosticadas, alergias* |  |
| ¿Cuánto presupuesto puedes invertir cada mes en tu salud? Esta pregunta es para adaptar tu trabajo según tus posibilidades. |  |

**Condiciones de trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cual es tu trabajo ? |  |
| ¿ Cuales son tus relaciones con tus compañeros de trabajo? |  |
| ¿Cómo llegas al trabajo y cuánto dura la duración del viaje? |  |
| ¿Trabajas en un escritorio? Si es así, ¿un especialista ha ajustado tu estación de trabajo? |  |
| ¿Tus problemas de salud son más graves los días donde trabajas? ¿Los dias de descanso? |  |

**Actividad física**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Participas una actividad física? Si es así ¿con qué frecuencia? |  |
| ¿Esta actividad influye en tus síntomas? |  |
| ¿Qué otras actividades físicas te atraen? |  |
| ¿Cuánto tiempo caminas en promedio los días de semana? |  |
| ¿Ha practicado alguna vez actividades como yoga, estiramientos, Tai-Chi o meditación? |  |

**Centro n°1 - Relaciones sociales florecientes**

***Partes del cuerpo****: sistema musculo-esquelético, sangre, sistema inmunológico y piel*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Sufres de problemas de artrosis u osteoporosis? |  |
|  | ¿Sufres de problemas de espalda, por ejemplo, hernia discal, enfermedad de disco, escoliosis? |  |
|  | ¿Tienes regularmente espasmos, calambres o dolores musculares crónicos? |  |
|  | ¿Hazte de la anemia? ¿Tienes trastornos hemorrágicos? Tienes tendencia a desarrollar virus y fatiga crónica? |  |
|  | ¿Tienes problemas de piel como : eccema, psoriasis, acné u otros problemas como este? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a dar más que sólo recibes? |  |
|  | ¿Tienes problemas para amar o apreciar los demás? |  |
|  | Cuando ves a alguien que sufre ¿tratas de ayudarlo? |  |
|  | ¿Estás patoso(a) en tus relaciones sociales? ¿Tienes problemas a hacer prueba de tacto? |  |
|  | ¿Eras una persona tímida? ¿Todavía lo es? |  |
|  | ¿Tu estado de salud tiene tendencia a debilitarse con el cambio de estación? |  |
|  | ¿Los cambios y los inesperados que ocurren en tu vida te ponen nervioso? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a ocultar lo que sientes a los demás? |  |
|  | ¿Tienes la impresión de ser la oveja negra de tu familia? |  |
|  | ¿Eres la persona que los demás vienen automáticamente a ver cuando tienen un problema ? |  |
|  | ¿Tienes tendencia de cortar rápidamente los lazos en una relación si hay un problema con alguien? |  |

**Puntaje** :

**Centro N°2 - Dinero y amor**

***Partes del cuerpo:*** *sistema urinario, órganos reproductores, región lumbar y cadera*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes problemas ginecológicos *(para los hombres problemas de próstata o testículos)* |  |
|  | ¿Tienes problemas vaginales como vaginitis, sequedad vaginal u otros problemas en esta zona? |  |
|  | ¿Sientes falta de deseo sexual? |  |
|  | Si prestas dinero a alguien que amas, ¿tienes tendencia a pedir interés? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a meterte en una situación financiera difícil o endeudarte, en vacaciones por ejemplo? |  |
|  | ¿ Te importa mucho la competencia? ¿Tu entorno tiene tendencia a reprocharte este aspecto? |  |
|  | ¿Alguna vez rompiste una relación a causa de tu carrera? |  |
|  | ¿ Has tenido un largo período de vida donde estabas en una relación excesiva, restrictiva y estricta? ¿Dónde sentiste subestimado(a)? |  |

**Puntaje** :

Preguntas adicionales orientadas a las mujeres:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes infecciones urinarias? |  |
|  | ¿Cuál es tu método anticonceptivo? |  |
|  | ¿Cómo es tu ciclo menstrual? ¿Regular, perturbado, doloroso, abundante? |  |

**Centro n ° 3 - Percepción de la propia identidad, buena autoestima**

***Partes del cuerpo:*** *sistema digestivo, peso, glándulas suprarrenales, páncreas, adicción*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes problemas digestivos? |  |
|  | ¿Tienes problemas de adicción como alcohol, cigarrillo, drogas o medicamentos? |  |
|  | ¿Cual es tu altura y peso? *(Para determinar si estás en exceso de peso)* |  |
|  | ¿Tienes comportamientos bulímicos o anoréxicos? |  |
|  | ¿Es difícil verte frente a un espejo? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a atraer en tu vida personas que tienen trastornos adictivos? |  |
|  | ¿Te preocupas obsesivamente por tu peso? |  |
|  | ¿Tienes comportamientos compulsivos para calmar tus nervios, como por ejemplo tirarte sobre un dulce o hacer compras? |  |
|  | ¿Te preocupas estar siempre a la moda ya que sea para tus ropas, tus expresiones, tu estilo personal o tus conocimientos? |  |

**Puntaje** :

Preguntas adicionales:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Eres seguido(a) al nivel dental? Si es así, ¿tienes un bridge, corona o diente mal cuidado? |  |

**Centro N°4 - Equilibrio entre tus deseos y los del ser querido**

***Partes del cuerpo:*** *sistema cardiovascular, pulmones o pecho*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes problemas arteriales o venosos: *trastornos circulatorios, edemas, varices*? |  |
|  | ¿Tienes aterosclerosis? |  |
|  | ¿Tienes la presión arterial alta? |  |
|  | ¿Tienes el colesterol demasiado alto? |  |
|  | ¿Alguna vez has tenido un ataque o una alerta cardíaco? |  |
|  | ¿Haces o ha hiciste asma o alergias respiratorio? |  |
|  | ¿Tienes preocupaciones respiratorias otras de las que acabo de mencionar? |  |
|  | ¿ Te dice a menudo tu entorno que estás demasiado(a) sensible? |  |
|  | Pregúntate a menudo a la gente que te gustas ¿cómo se siente? |  |
|  | ¿Tu moral está sensible al clima, al cambio de estaciones? |  |
|  | ¿Has alguna vez llorado(a) a causa de tu trabajo? |  |
|  | ¿Lloras a menudo y fácilmente? |  |
|  | ¿Es difícil para ti de enojarte contra un ser querido, aunque esté justificado? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a molestarte y enojarte fácilmente? |  |
|  | Cuando algo no va y te sientes mal ¿has tendencia a aislarte y distanciarte de los demás? |  |

**Puntaje** :

**Centro N°5 - Buena comunicación**

***Partes del cuerpo:*** *boca, región cervical y tiroides*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes actualmente problemas dentales? ¿Has tenido algunos en el pasado? |  |
|  | ¿Sufres de problemas de tiroides? |  |
|  | ¿Sufres de la región cervical? |  |
|  | ¿Tienes a menudo dolor de garganta? |  |
|  | ¿Tienes o has tenido algunos otros problemas de garganta, como traqueítis o angina crónica? |  |
|  | ¿Tuvo problemas para seguir las instrucciones cuando eras más joven ? |  |
|  | ¿Tienes dificultades para respectar las reglas en tu vida actual? |  |
|  | ¿Es difícil para mantenerte concentrado y escuchar cuando estás al teléfono? |  |
|  | ¿Tienes dificultad de hacerte entender cuando hablas con tu entorno? |  |
|  | ¿Tienes dificultad para expresarte en público? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a decir sí, incluso si piensa lo contrario, simplemente para no tener que justificarte? |  |
|  | ¿Tienes problemas de dislexia, de elocución o de expresión cuando te sientes incómodo(a) o estresado(a)? |  |
|  | ¿Tienes la impresión de comunica mejor con los animales que con la gente? |  |
|  | ¿La gente a menudo recurre a usted para encontrar una solución a sus problemas? |  |

**Puntaje** :

**Centro N ° 6 - Apertura de la mente y curiosidad**

***Partes del cuerpo:*** *cerebro, ojos (visión), oídos (audición)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes problemas de insomnio? |  |
|  | ¿Sufres de dolores de cabeza y migrañas? |  |
|  | ¿Estás estresado(a) a la idea de envejecer? |  |
|  | ¿Sufres de pérdida de memoria? |  |
|  | ¿Has tenido la catarata o sufres de ella actualmente? |  |
|  | ¿Sufres de mareos o vértigos? |  |
|  | Cuando se te conceda un tiempo de uso de la palabra restringido ¿Tienes dificultades para respetarlo? |  |
|  | ¿Tienes dificultades para responder a los cuestionarios de opciones multiples ? |  |
|  | ¿Tienes la impresión de que tu mente está a menudo en las nubes? |  |
|  | ¿ Eres más bien reticente a la idea de aprender de nuevas tecnologías y de nuevas formas de funcionar? |  |
|  | ¿ Has sufrido alguna vez un trauma o abuso grave? |  |
|  | ¿Sientes un real bienestar en la naturaleza? Tienes a veces la impresión de hacer uno con ella? |  |

**Puntaje** :

**Centro N ° 7 - Poder espiritual, creencia en ti mismo(a), en una divinidad o en una energía espiritual**

***Partes del cuerpo:*** *relacionadas con enfermedades graves, dolores crónicos o degenerativos*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ¿Tienes una enfermedad crónica? |  |
|  | ¿Tienes una enfermedad grave o incurable incluido el diagnóstico médical ha sido establecido? |  |
|  | ¿Sufres de un cáncer? |  |
|  | ¿Te encuentras en un estado de salud muy crítico, con una opinión bastante pesimista de los médicos? |  |
|  | ¿Eres alguien cerrado(a) a la espiritualidad o a las religiones? |  |
|  | ¿ Eres del tipo que siempre ir al trabajo sin tomar un día de descanso, incluso si no te sientes bien? |  |
|  | ¿Estás perdido cuando pienses en el significado y propósito de tu vida? |  |
|  | ¿Tienes tendencia a encadenar los problemas de salud y los problemas de humor? |  |
|  | ¿Tienes la impresión que tus seres queridos tienen tendencia de huirte y de abandonarte cuando hagas frente a un problema? |  |

**Puntaje** :

SUEÑO

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo está tu sueño? |  |
| ¿Es diferente cuando no estás trabajando? |  |
| ¿Tomas algo para dormir? |  |
| ¿Permanezcas frente al televisor o la pantalla de una computadora antes de ir dormir? ¿Te quedas mucho tiempo en una habitación luminosa? |  |

HÁBITOS ALIMENTICIOS

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuáles son tus objetivos en materia de alimentación? |  |
| ¿Puedes describirme tu desayuno? |  |
| ¿Puedes describirme tus hábitos alimenticios para la comida del mediodía? ¿Qué comes cuando estás al trabajo? ¿Y cuando no estás trabajando? |  |
| ¿Puedes describirme tu cena? |  |
| ¿Comes entre las comidas? Si es el caso, ¿qué? |  |
| ¿Tienes antojos de comida? ¿Cuándo? |  |
| ¿Consumes productos de la agricultura orgánica? |  |
| ¿Qué tipo de azúcar usas *(miel, jarabe de agave, azúcar moreno, azúcar integral, blanco, edulcorante)*? |  |
| ¿Qué tipo de pan, pastas, harinas o arroz consumes con mayor frecuencia *(refinado, semi-refinado, completo)*? |  |
| ¿Qué tipo de aceite *(o grasa)* consumes? |  |
| ¿Te atrae más el dulce o el salado? |  |
| ¿Qué consumes con regularidad *(productos frescos no transformados, productos transformados o transgénicos)* y en qué porcentaje? |  |
| ¿Consumes productos lácteos? ¿Cuales? |  |
| ¿Cuánta agua bebes diario? ¿Cual es su origen? |  |
| ¿Puedes decirme si consumes los siguientes productos? ¿En qué cantidad y con qué frecuencia *(café, té, jugo de frutas, refrescos, alcohol, queso, pescado, carnes blancas, carnes rojas, embutidos, huevos, verduras frescas o congeladas no cocinadas, frutas frescas, carbohidratos o almidones, legumbres, granos, frutas secas oleaginosas, especias, pasteles, tartas, galletas, postres dulces, chocolate)*? |  |
| ¿ Dónde estás acostumbrado a comer *(en la mesa, con tu familia, frente al televisor, frente al ordenador ...)*? |  |
| ¿Tienes el hábito de tomar complementos alimenticios *(vitaminas, minerales ...)*? |  |
| ¿Cuál es tu presupuesto mensual promedio para la alimentación? |  |
| ¿Cuánto tiempo pasas en promedio preparando tus comidas? |  |