

VISITA DE SEGUIMIENTO
(Adulto o jovencito de alto funcionamiento)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Describa las “cosas buenas” que están sucediendo desde la última visita:

Sírvase hacer una lista de cómo le afectó cualquier cosa que agregamos últimamente.

Cuáles son sus inquietudes actuales:

Sírvase describir cualquier cambio de salud desde nuestra última visita.

¿Ha consultado con algún otro médico/proveedor desde que le vi la última vez? Si es así, prepare una lista de las personas y los resultados de cada visita.

¿Algunos problemas obvios con alergias (congestión nasal, ronquera, sueño sin descanso, zarpullidos)? Descríbalos. ¿Están controlados sus síntomas?

¿Cómo está su memoria, pensamiento, habilidad de enfocarse, habilidad de pensar ideas o tareas complejas?

¿Algún pensamiento repetitivo?

¿Algunos comportamientos o acciones obsesivas que se siente obligado a hacer?

¿Cómo está su estado de ánimo en general?

¿Tiene cambios de estado de ánimo?

¿Dificultad en calmarse cuando está trastornado?

¿Se siente como que desea hacerse daño a usted mismo u otros?

¿Cómo está su energía física y resistencia?

¿Si se siente con calor, suda apropiadamente?

Describa sus patrones de sueño. Por ejemplo, algún problema con conciliar el sueño?

¿Permanecer dormido?

¿Se siente ansioso o agitado?

¿Alguien ha observado que usted deja de respirar durante la noche? ¿Tiene cólicos o síndrome de piernas inquietas en la noche?

¿Se despierta sintiéndose bien descansado?

¿Alguna fatiga o hiperactividad al final de la tarde (inquietud o agitación)?

Describa sus heces:

¿Con qué frecuencia las hace?

¿Algún problema con heces sueltas o aguadas?

¿Algún dolor abdominal? Si es así, ¿cuándo?

¿Dificultad con tener un movimiento intestinal o defecar?

¿Problemas con orinar? Si es así, descríbalos:

Describa su dieta:

¿Libre de gluten? ¿libre de caseína? ¿SCD o dieta específica de carbohidratos? ¿GAPS o dieta para el síndrome del intestino y la psicología? ¿Por cuánto tiempo?

Haga una lista de las fuentes de proteína:

Haga una lista de las fuentes de carbohidratos:

Haga una lista de frutas y vegetales consumidos comúnmente:

¿Qué bebe generalmente? ¿Cuánto diariamente?

¿Se siente mal cuando come ciertos alimentos?

Favor prepare una lista de medicamentos y complementos nutricionales con sus dosis (a no ser que no haya habido cambios y está todo en nuestros registros): ¿Puede hacer pasar las píldoras? Sí_ No ____

Terapia actual de desintoxicación: Sauna-Sí __ No__ Baño de sal Epsom
Sí__No__

Desintoxicación baño de pies Sí __No__

¿Alguna otra pregunta específica que tenga para esta visita?