

HISTORIA MÉDICA

Toda su información será guardada de manera confidencial entre usted y el Coach. Por favor, rellene claramente y lo más sinceramente posible.

Nombre:

Apellidos:

Email:

Móvil:

Nacimiento: Fecha:

Lugar:

Edad:

Estatura:

Peso actual:

Hace 6 meses:

Hace 1 año:

¿Le gustaría que fuese diferente?

Si es así, ¿cuánto sería?

Estado Civil:

Profesión:

¿Dónde vives actualmente?

Hijos:

Mascotas:

INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor, haga una lista de sus principales preocupaciones en materia de salud

¿Otras preocupaciones y/o metas?

HISTORIA MÉDICA

¿En qué etapa de su vida se ha sentido mejor?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o lesión?



¿Cómo es/fue la salud de sus padres?

¿Cuál es su grupo sanguíneo?

¿Cómo duerme?

¿Cuántas horas?

¿Se despierta durante la noche?

¿Por qué?

¿Algún dolor, rigidez o hinchazón?

¿Estreñimiento o gases?

¿Alergias o sensibilidad? En caso afirmativo, por favor, indique a qué:

HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN FEMENINA

¿Es regular su menstruación?

¿Cuántos días le dura?

¿Con cuánta frecuencia?

Historia de control de natalidad:

¿Le dan infecciones de hongos o de vía urinaria?
Explíque más concretamente

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Toma algún suplemento o medicamento? Por favor,
haga una lista



¿Algún curador, ayudante o terapia con la que esté
involucrado? Por favor, indíquulos:

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en su
vida?

HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN SOBRE MI ALIMENTACIÓN

¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña?



¿Qué tipo de alimentos comes hoy en día? Ejemplo de tu desayuno, comida, cena, snacks y bebidas



¿Usted cocina? ¿Qué % de su comida es casera?

Le dan antojos de azúcar, café, tabaco o tiene alguna adicción fuerte?

Lo más importante que debería hacer para mejorar mi salud es:

COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que quisiera compartir?