

Body · Soul · Mind

Cuestionario integral de salud · Naturopatía & Epigenética

Puedes completar este cuestionario a mano. Imprímelo, escribe con calma y después escanéalo o fotografía cada página con buena luz. Envíalo a info@anahealings.com. Si una pregunta no aplica o no deseas responderla, puedes dejarla en blanco.

Servicio

☐ Naturopatía

☐ Epigenética

1 · Sobre ti

Nombre completo	Fecha de nacimiento
Fecha de hoy	Email
Teléfono / WhatsApp	Referencia de pago (opcional)

Salud general ☐ Excellent/Excelente/Sehr gut ☐ Good/Buena/Gut ☐ Fair/Regular/Mittel ☐ Poor/Baja/Schlecht

Motivo principal de la consulta

Si tuvieras una varita mágica y pudieras cambiar tres cosas de ti o de tu vida, ¿cuáles serían?

¿Qué te gustaría optimizar o comprender mejor?

2 · Historia de salud

Antecedentes médicos - marca lo que corresponda

☐	Accidentes / fracturas / lesión grave
☐	Alergias / asma / eczema / fiebre del heno
☐	Anemia / problemas de sangrado
☐	Problemas pulmonares / neumonía / enfisema
☐	Problemas cardiacos / hipertensión
☐	Diabetes / tiroides / glándulas
☐	Problemas gastrointestinales / úlceras / diarrea
☐	Colesterol alto
☐	Cáncer
☐	Hígado / riñón
☐	Dolor lumbar / cefaleas / otros dolores
☐	Enfermedad de la piel
☐	Tuberculosis
☐	Infecciones de transmisión sexual
☐	Depresión / ansiedad / otros problemas emocionales
☐	Problemas neurológicos / convulsiones / EM / nervio pinzado

Fechas, detalles u otros antecedentes relevantes

Cirugías previas (fecha aproximada y procedimiento)

Alergias o intolerancias a medicamentos/alimentos y reacción

Medicamentos, vitaminas y suplementos actuales (nombre, dosis, frecuencia y motivo)

3 · Familia, estilo de vida y nutrición

¿Eres adoptada/o?	Lugar de nacimiento
¿Dónde creciste?	Situación de pareja actual
¿Tienes hijos? ¿Cuántos?	Dominancia manual
Estudios completados	Ocupación
¿Te sientes estresada/o en el trabajo?	

Historia médica familiar relevante (quién y qué condición)

Ejercicio: tipo, frecuencia y duración

¿Hay una práctica espiritual o sistema de creencias significativo para ti?

Nutrición y hábitos

Fast food por semana	
Lácteos por semana	
Carne/pescado por semana	
Cereales/pan/arroz/pasta por semana	
¿Comes orgánico?	
Caféina por día	
Bebidas deportivas / zumos / agua saborizada por día	

Raciones de frutas y verduras por día	
Dulces por semana	

Apoyo y contexto

IMPORTANTE: si estás en peligro inmediato, tienes pensamientos de hacerte daño, dolor intenso en el pecho, dificultad grave para respirar, una hemorragia importante u otra urgencia, busca atención médica urgente o llama al servicio de emergencias de tu país.

	Yes / Sí / Ja	No
¿Sientes que el estrés es un problema en tu vida?	☐	☐
¿Cuidas actualmente a un familiar mayor o con discapacidad?	☐	☐
¿Tienes preocupaciones importantes sobre tus hijos o la relación con ellos?	☐	☐
¿Te preocupan tus propios enfados o los de alguien de tu familia?	☐	☐
¿Sientes que pierdes el control a veces?	☐	☐
¿A veces sientes que no vales o que no haces nada bien?	☐	☐
¿Has pensado alguna vez en suicidarte o hacerte daño?	☐	☐
¿Convives con alguien con problemas graves de salud o emocionales?	☐	☐
¿Existe historia de violencia en tu familia?	☐	☐
¿Alguien cercano te ha golpeado o hecho daño físicamente?	☐	☐
¿Te sientes insegura/o en tu relación actual?	☐	☐
¿Una pareja anterior te hace sentir insegura/o ahora?	☐	☐

¿Cómo gestionas el conflicto en tu familia?

¿Quién te proporciona apoyo emocional?

Otros profesionales sanitarios que te atienden regularmente

Pruebas recientes y fechas: analíticas, MRI, CT, ECG, EEG, rayos X, ecografía, colonoscopia...

4 · Síntomas físicos (últimos 3 meses)

Revisión de síntomas - marca Sí o No

	Yes / Sí / Ja	No
Dificultad para conciliar o mantener el sueño	☐	☐
Nerviosismo / enfermar con frecuencia	☐	☐
Cefaleas / mareo / desmayos / coordinación / convulsiones	☐	☐
Debilidad / entumecimiento / parálisis	☐	☐
Cambios en piel / picor / sangrado / caída de cabello / lunares	☐	☐
Visión doble / borrosa / dolor ocular / glaucoma	☐	☐
Moqueo / sangrado nasal / pólipos / estornudos	☐	☐
Dolor en boca / dificultad auditiva / zumbidos / infección de oído	☐	☐
Pérdida de apetito / dificultad al tragar / dolor de estómago / acidez	☐	☐
Úlceras / vómitos / sangre / vesícula / hepatitis / ictericia	☐	☐
Estreñimiento / diarrea / sangre en heces / hemorroides / hernias	☐	☐
Asma / bronquitis / EPOC / enfisema / tos / falta de aire	☐	☐
Dolor de pecho / palpitaciones / ritmo irregular / tobillos hinchados	☐	☐
Articulaciones dolorosas / calambres / artritis / gota	☐	☐
Dolor al orinar / sangre / infecciones / cálculos / pérdida de control	☐	☐
Problemas de próstata	☐	☐
Dolor o bultos en mamas / secreción	☐	☐
Manchado / sofocos / sequedad / flujo vaginal anormal	☐	☐

Frecuencia urinaria (día / noche) y observaciones

Historia menstrual / menopausia / ciclo / última regla / embarazo (si aplica)

Peso máximo, peso hace un año, peso actual y cambios recientes

5 · Bienestar emocional y sueño

IMPORTANTE: si estás en peligro inmediato, tienes pensamientos de hacerte daño, dolor intenso en el pecho, dificultad grave para respirar, una hemorragia importante u otra urgencia, busca atención médica urgente o llama al servicio de emergencias de tu país.

Durante la última semana, puntúa 0-4

0 = ninguno · 1 = leve · 2 = moderado · 3 = marcado · 4 = severo

	0	1	2	3	4
Ánimo muy bajo incluso ante buenas noticias	☐	☐	☐	☐	☐
Baja autoestima o confianza	☐	☐	☐	☐	☐
Culpa o sentirme una carga	☐	☐	☐	☐	☐
Dificultad para conciliar el sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Despertar 1-2 horas antes	☐	☐	☐	☐	☐
Somnolencia durante el día	☐	☐	☐	☐	☐
Fatiga / baja energía	☐	☐	☐	☐	☐
Disminución o aumento del apetito	☐	☐	☐	☐	☐
Aumento de peso	☐	☐	☐	☐	☐
Disminución o aumento del interés sexual	☐	☐	☐	☐	☐
Menor interés / participación / placer en actividades habituales	☐	☐	☐	☐	☐
Inquietud / no poder relajarme	☐	☐	☐	☐	☐
Pensamientos acelerados	☐	☐	☐	☐	☐
Ánimo peor por la mañana	☐	☐	☐	☐	☐
Pensamientos de muerte o de que no importa vivir	☐	☐	☐	☐	☐
Deseo de hacirme daño o castigarme	☐	☐	☐	☐	☐
Síntomas físicos de ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐
Miedo intenso que me hace evitar situaciones	☐	☐	☐	☐	☐
Sensación súbita de que algo terrible ocurrirá	☐	☐	☐	☐	☐
Oír voces o ver cosas que no están	☐	☐	☐	☐	☐
Desconfianza intensa	☐	☐	☐	☐	☐
Pensamientos repetitivos que no puedo parar	☐	☐	☐	☐	☐
Compulsión a repetir acciones	☐	☐	☐	☐	☐
Sentirme fuera de mi cuerpo / irrealidad	☐	☐	☐	☐	☐
Preocupación por mi salud física	☐	☐	☐	☐	☐
Sentirme rechazada/o por otras personas	☐	☐	☐	☐	☐

Somnolencia habitual - puntúa 0-3

0 = nunca · 1 = leve posibilidad · 2 = moderada · 3 = alta

	0	1	2	3
Sentada/o leyendo	☐	☐	☐	☐
Viendo la televisión	☐	☐	☐	☐
Sentada/o inactiva/o en un lugar público	☐	☐	☐	☐
Como pasajera/o en coche una hora sin pausa	☐	☐	☐	☐
Tumbada/o descansando por la tarde	☐	☐	☐	☐
Sentada/o hablando con alguien	☐	☐	☐	☐
Sentada/o tranquilamente después de comer sin alcohol	☐	☐	☐	☐
En un coche detenido unos minutos en el tráfico	☐	☐	☐	☐

6 · Analíticas, informes y envío

¿Tienes analíticas o informes que quieras aportar? Describe qué adjuntas o qué enviarás por email.

Notas finales / información adicional

Confirmando que la información es correcta según mi conocimiento y autorizo a AnaHealings a utilizarla para preparar mi acompañamiento. Entiendo que este cuestionario no sustituye diagnóstico ni atención médica de urgencia.

Firma	Fecha de hoy
-------	--------------

Envío fácil: 1) escanéalo o haz fotos claras; 2) comprueba que cada página se lee; 3) envía los archivos a info@anahealings.com indicando tu nombre completo.